

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud



TESIS DOCTORAL

**SESGOS DE GÉNERO EN SALUD: ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES
DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA Y FRANCIA ANTE CRISIS
CARDIOVASCULAR Y CRISIS DE ANSIEDAD**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR

Raquel González Hervías

DIRIGIDA POR

Raquel Rodríguez-Carvajal

Idoia Aparicio Goñi

Madrid, 2014

“Felicidad no es hacer lo que uno quiere sino querer lo que uno hace”

Jean Paul Sartre

**A mi madre, por enseñarme que la constancia, la responsabilidad y el trabajo
te permiten llegar a tus metas**

**A mi padre, por enseñarme sin conseguirlo del todo, que el optimismo y la
actitud positiva son fundamentales para poder alcanzarlas**

**A mis abuelos, quienes sin darse cuenta, me enseñaron los valores
fundamentales que sustentan mi vida diaria**

Agradecimientos

Son muchas las personas que han contribuido a la realización de este trabajo y que me han acompañado a lo largo de todo el proceso no solo aportándome y enseñándome cosas en el ámbito de la investigación, sino comprendiéndome, apoyándome e impulsándome para conseguirlo. Por ello desde aquí quiero expresarles mi más profundo agradecimiento.

A mis tutoras Raquel Rodríguez-Carvajal e Idoia Aparicio Goñi, por sus conocimientos e ideas compartidas, así como por su multiplicidad de roles al elaborar este trabajo. Gracias por enseñarme a comprender los valores fundamentales asociados a la investigación, permitiendo mi desarrollo no solo como profesional sino también como persona.

A las directoras, supervisoras y profesionales de enfermería de los Hospitales Universitarios de Puerta de Hierro y de La Princesa, así como a los responsables y profesionales de enfermería de los Centros de Atención Primaria de las Áreas 11 y 1. Ya que sin su implicación y su participación no podríamos haber realizado esta investigación.

A Pierre Yves Bureau por creer en este proyecto y por compartir conmigo todo el proceso de investigación desde Francia. Gracias por facilitarme lo necesario para sacarlo adelante y permitirme conocer el sistema sanitario francés desde dentro. Gracias también a Brigitte Ollier y Didier Hoeltgen por facilitarme el acceso a los hospitales de Sens y Villeneuve-Saint- George y a los profesionales de enfermería de ambos centros por su acogida durante mis estancias y por su colaboración en el proceso de investigación.

A la Escuela de Enfermería de Cruz Roja de la Universidad Autónoma de Madrid, a su directora y su gerente por facilitarme el acceso a sus aulas. Gracias a sus estudiantes por la participación activa en este proyecto.

A mis compañeras, Carmen, Marta, Olga, Iliana, Lola y Beatriz por escucharme, aconsejarme y comprenderme a lo largo de todos estos años y ofrecerme su ayuda en los momentos difíciles.

Gracias a mis padres, Ángela y José Luis, por estar ahí cada día, por su apoyo incondicional en todo momento, por su comprensión, empuje y cariño. Gracias por educarme y ofrecerme la oportunidad de ser como soy. Gracias por inculcarme esa pasión por el conocimiento, por la lectura y por la curiosidad ante la vida y las cosas. Vuestra compañía y apoyo han sido fundamentales para llegar hasta aquí.

A mis amigos, Chus, Diego, Eva, Nani, María, Rosa, Javi, Vicente, Laura, Susana, Cristina, Merce, gracias por ofrecerme toda vuestra ayuda y colaboración para este trabajo. Gracias por ser como sois y por estar a mi lado durante todo este tiempo y gracias por vuestra escucha y ánimos en todo momento.

A Quique por su apoyo y cariño en este último mes, gracias por hacer fácil lo difícil, por animarme y empujarme y por ofrecerme esa visión optimista y positiva de las cosas cada día.

INDICE

1. RESUMEN Y ABSTRACT	1
-----------------------------	---

PARTE TEÓRICA

2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	5
---	---

3. INTRODUCCIÓN.....	9
----------------------	---

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	11
---------------------------------	----

▪ 4.1 Sesgos de género en salud	12
▪ 4.2 Sesgos de género en Enfermedad Cardiovascular y en Salud Mental de hombres y mujeres.....	15
▪ 4.3 Datos estadísticos de mortalidad y morbilidad cardiovascular según género	16
▪ 4.4 Datos estadísticos de mortalidad y morbilidad en las enfermedades mentales según género	21
▪ 4.5 Datos empíricos de sesgos de género y diferencias en etiología, síntomas, diagnósticos, factores predisponentes, pronóstico y atenciones a hombres y mujeres con Enfermedad Cardiovascular	26
▪ 4.6 Datos empíricos de sesgos de género y diferencias en etiología, síntomas, diagnósticos, factores predisponentes, pronóstico y atenciones a hombres y mujeres con Enfermedad Mental	39
▪ 4.7 Sesgos de género: repercusión sobre la salud de las mujeres.....	47
▪ 4.8 Influencia del género, la experiencia profesional, el proceso de formación y el país de los profesionales sanitarios sobre los diagnósticos y atenciones de los pacientes	54
▪ 4.9 Patologías de estudio y protocolos de actuación sanitaria.....	60
▪ 4.10 Los cuidados de los profesionales de enfermería y la evolución de la profesión	65
○ 4.10.1 El inicio de los cuidados en la profesión enfermera	65
○ 4.10.2 Actuación de los profesionales de enfermería en el servicio de urgencias	70

PARTE EMPÍRICA

5. OBJETIVOS	75
6. HIPÓTESIS	77
7. ESTUDIO DE SESGOS DE GÉNERO Y DIAGNÓSTICOS CON MUESTRA DE PROFESIONALES EN ESPAÑA	81
8. ESTUDIO DE SESGOS DE GÉNERO Y ATENCIONES CON MUESTRA DE PROFESIONALES EN ESPAÑA.....	97
9. ESTUDIO DE SESGOS DE GÉNERO EN DIAGNÓSTICOS Y ATENCIONES CON MUESTRA DE PROFESIONALES EN FRANCIA	115
10. ESTUDIO DE SESGOS DE GÉNERO EN DIAGNÓSTICOS Y ATENCIONES CON MUESTRA DE ESTUDIANTES	143
11. DISCUSIÓN.....	165
12. CONCLUSIONES.....	175
14. REFERENCIAS	179
ANEXOS	221

1. RESUMEN

El objetivo de este trabajo ha sido conocer la influencia que el género de los pacientes, así como el género, la experiencia profesional, el nivel de formación y la edad de los participantes podrían estar teniendo sobre el primer diagnóstico clínico y sobre las primeras atenciones y cuidados que los profesionales y estudiantes de enfermería ofrecen a sus pacientes cuando estos acuden a un servicio de urgencias con una misma sintomatología. Para ello se han llevado a cabo tres estudios experimentales, en el que mediante la presentación de cuatro casos clínicos se manipuló el género del paciente para cada caso, balanceando su presentación y realizando una asignación aleatoria de los participantes. Se contó con la participación de 2 hospitales universitarios y 9 centros de salud de la Comunidad Autónoma de Madrid, con dos hospitales universitarios del norte y sur de París y con una Escuela Universitaria de Enfermería española, accediéndose finalmente a un total de 459 profesionales/estudiantes de enfermería (395 mujeres (86.05%), 64 hombres (13.94%)). Los resultados obtenidos revelaron que existe un efecto significativo del género del paciente en el tipo de diagnóstico establecido por los profesionales de enfermería en España. En Francia se obtuvieron datos igualmente significativos en los cuatro casos clínicos para las profesionales enfermeras, y en dos de los cuatro casos clínicos para los enfermeros. Con respecto a las primeras atenciones y cuidados ofrecidos, en España se observaron resultados significativos en dos de los cuatro casos clínicos tanto para enfermeras como enfermeros, mientras que en Francia solo se obtuvieron resultados significativos para las profesionales enfermeras. Con respecto a los estudiantes de enfermería no se encontraron datos significativos que relacionaran los diferentes niveles formativos con los sesgos de género. En cuanto a la experiencia profesional y la edad, se observó que los profesionales con edades superiores a 34 años y con experiencia profesional baja y

media-alta eran los que mayor relación presentaron con respecto a los sesgos de género estudiados. Por tanto parece que en la muestra estudiada el género del paciente podría considerarse un factor explicativo de las diferencias encontradas en los diagnósticos y atenciones que han ofrecido los profesionales de enfermería, observándose diferentes tipos de relación según el género del profesional y el país de procedencia, así como de la edad, el proceso de formación y los años de experiencia profesional.

Palabras Clave: Sesgo de Género, paciente, profesional sanitario, diagnóstico, errores de diagnóstico, crisis de ansiedad, enfermedad cardiovascular, Atención en urgencias, triage, enfermería.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the influence of patient gender as well as the gender, work experience, educational attainment and age of the participants may be having on the first clinical diagnosis and care that professionals and students nursing offer their patients when they go to an emergency department with the same symptoms. This has been conducted three experimental studies, which by presenting four cases where the patient gender was manipulated in each case, balanced the presentation and conducting a random assignment of participants. This study included the participation of two university hospitals and nine health centers in a region of Madrid, two university hospitals in the north and south of Paris and one School of Spanish Nursing. A total of 459 professionals / students nurses (395 women (86.05%), 64 men (13.94%)) agreed to participate in this study. The results revealed that there is a significant effect of patient gender on the type of diagnosis made by nurses in Spain. In France also significant data were obtained in four cases by female nurses, and two of the four cases by male nurses. With respect to the first attention and care offered in Spain significant results were

observed in two of the four clinical cases in female and male nurses, while in France significant results were obtained only in the case of female nurses. Regarding nursing students no significant data that related the different training levels with gender bias were found. In terms of work experience and age, it was observed that professionals with ages greater than 34 years and low and medium-high professional experience were the ones where the most significant effects were obtained regarding gender bias. It therefore appears that the patient gender could be considered a factor explaining the differences in diagnosis and care the nurses provided and shows different types of relations by gender nurses and the country as well as age, the process of training and years of experience.

Key Words: Gender Bias, patient, health Professional, diagnosis, diagnostic errors, anxiety attacks, cardiovascular disease, emergency care, triage, nurse.

PARTE TEÓRICA

2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Los antecedentes de este estudio de investigación parten de la observación participante y no sistematizada realizada por una de las investigadoras desde el mes de Abril de 2005 al mes de agosto de 2007 en el servicio de urgencias de un hospital de la Comunidad Autónoma de Madrid. Durante este periodo de 2 años y 4 meses, en turnos rotatorios de 5 días por semana y durante 7h al día, la investigadora observaba, mientras trabajaba, el primer diagnóstico clínico establecido y la primera atención dispensada por los profesionales sanitarios a los pacientes que llegaban a dicho servicio de urgencias.

En esta primera observación pudimos comprobar que los profesionales sanitarios establecíamos diagnósticos clínicos diferentes y poníamos en marcha atenciones y cuidados diferentes cuando nuestros pacientes tenían sexo diferente, es decir que aun existiendo similitud de signos y síntomas clínicos, los profesionales diagnosticábamos y actuábamos de manera diferente si teníamos delante a un hombre o una mujer con iguales manifestaciones.

La observadora, interesada por este posible sesgo de género que se podía estar produciendo en la atención sanitaria de los profesionales sanitarios en este servicio, centró su observación en dos patologías concretas. Era necesario que estas patologías tuvieran manifestaciones clínicas similares y compartidas, que en un primer momento resultara difícil establecer un diagnóstico diferencial entre ambas, pero además estas dos patologías elegidas cumplieran otro criterio, y es que socialmente, culturalmente y clínicamente parecían estar estadísticamente ligadas al sexo/género del paciente. Las

patologías a las que nos estamos refiriendo son la Enfermedad cardiovascular (ECV) y la crisis de ansiedad.

Una vez centradas las patologías a observar, se continuó la observación y se realizó la revisión de 100 historias clínicas de pacientes de ambos sexos con ambos tipos de diagnósticos y se pudo concluir que cuando el paciente llegaba al servicio de urgencias de dicho hospital con unos signos y síntomas imprecisos donde el diagnóstico diferencial era difícil de establecer, los profesionales realizaban como primer cuidado un electrocardiograma (ECG) y medían las constantes vitales en el caso de los pacientes varones como primera opción y tranquilizaban, hablaban y colocaban mascarilla de oxígeno en el caso de pacientes mujer a las que como segunda opción de cuidados planteaban el ECG y la toma de constantes vitales.

Esta primera atención dispensada por los profesionales sanitarios podría implicar que si se realizaba un electrocardiograma y una toma de constantes, era porque se pensaba en la existencia de un problema cardiovascular, y si por el contrario se decidía tranquilizar, hablar y colocar mascarilla de oxígeno, es porque se pensaba que la paciente estaba nerviosa y existía un problema o déficit en la ventilación, lo cual podría estar más cerca del diagnóstico de crisis de ansiedad o de problema respiratorio que de la problemática cardíaca. Y así fue contrastado con los diagnósticos que posteriormente figuraban en las historias clínicas.

Estos datos recogidos de manera no sistematizada son la justificación que motivó el inicio de este trabajo, donde lo que queremos comprobar es la existencia o ausencia de un posible sesgo de género en el ejercicio de las profesiones sanitarias, así como su posible influencia en los diagnósticos y atenciones realizados con pacientes hombres y mujeres, y como esto podría estar repercutiendo en su salud.

Pensamos que con este proyecto se puede contribuir a conocer más sobre cómo los profesionales sanitarios atienden a sus pacientes hombres y mujeres, y así poder observar si en estas atenciones y diagnósticos existen diferencias según el género del paciente, el género y país del profesional, los años de experiencia y el proceso de formación recibido.

Este trabajo podría permitir que los profesionales sanitarios ampliaran sus conocimientos y formación sobre cómo valorar y atender a las necesidades de sus pacientes introduciéndose la perspectiva de género en salud. Por tanto el conocer datos de cómo actualmente los profesionales sanitarios actúan con sus pacientes, no solo ayudaría a analizar el ajuste de la intervención a partir de las necesidades específicas, sino a concienciar sobre el impacto que el sesgo de género puede llegar a tener en el diagnóstico de una situación crítica como es la sintomatología relacionada con un trastorno cardiovascular en la emergencia hospitalaria.

Finalmente con este trabajo se darán a conocer los resultados de los distintos estudios planteados. Esto ayudaría no sólo a mejorar los conocimientos específicos en salud de los profesionales sanitarios y de los estudiantes del ámbito de la salud, sino que permitiría que la población general también conociera la existencia de estas diferencias en salud lo cual serviría a que las propias pacientes mujeres conocieran las diferentes maneras de enfermar asociadas a su género, y así aprendieran a identificar los síntomas precoces de sus patologías y pudieran acudir a los servicios sanitarios en los tiempos adecuados para poder hacer una intervención temprana y diferencial adaptada a sus necesidades. De esta manera podríamos prevenir y detectar a tiempo muchas patologías que por tener sintomatología diferente en mujeres se detectan tarde y como consecuencia evolucionan con peor pronóstico.

3. INTRODUCCIÓN

El estudio que a continuación presentamos ha tenido como objetivo estudiar los sesgos de género en salud que los profesionales de enfermería podrían estar cometiendo en el ejercicio diario de su profesión. Para nosotros es importante conocer la existencia o ausencia de estos sesgos de género y sobre todo estudiar las repercusiones que estos sesgos pueden estar teniendo sobre la salud y la enfermedad de hombres y mujeres.

Para poder iniciar nuestra investigación sobre sesgos de género en salud ha sido imprescindible conocer la doble vertiente de lo que hoy conocemos por sesgos de género. La primera vertiente plantea que hombres y mujeres son física y anatómicamente muy diferentes y tienen modos de enfermar muy diferentes sin embargo en muchas ocasiones los profesionales sanitarios los diagnosticamos y tratamos de manera idéntica en materia de salud (Sen, Iyer y George., 2002; Valls y cols., 2006; Wenger, 2008; Wenger, 2012).

La segunda vertiente ofrece la idea contraria y es que aun cuando los síntomas y el modo de enfermar de hombres y mujeres es muy similar los profesionales sanitarios los hemos tratado de manera muy diferente a lo largo de su proceso de enfermedad (Risberg, Johansson y Hamberg, 2009; Sen y cols., 2002; Valent, Tillati y Zanier, 2013; Valls y cols., 2006; Wenger, 2012).

La importancia de la investigación que a continuación presentamos está basada en conocer e intentar explicar esta doble vertiente sobre los sesgos de género y poder valorar las repercusiones que estos sesgos de género pudieran estar teniendo sobre la salud de hombres y mujeres.

Con respecto a la primera vertiente que acabamos de exponer hemos observado que hasta hace muy pocos años los estudios no han fragmentado su población por género y no se tenía en cuenta las diferentes formas de enfermar de hombres y mujeres. Por el

contrario lo que hemos encontrado han sido estudios realizados con varones cuyos resultados se han extrapolado a la población femenina donde no se tenían en cuenta las necesidades específicas de salud que presentan las mujeres (Lillie-Blanton, Martínez, Taylor y Robinson, 1993; Sen y cols., 2002; Valls y cols., 2000; Wenger, 2012).

En cuanto a la segunda vertiente parece que la literatura no expone de manera clara qué variables pueden estar influyendo para que hombres y mujeres, a pesar de tener iguales manifestaciones durante un problema de salud, sean tratados de manera muy diferente por los profesionales sanitarios (Lillie-Blanton y cols., 1993; Risberg y cols., 2009; Sen y cols., 2002; Valls y cols., 2000; Wenger, 2012)

A la vista de todos estos datos nuestro estudio de investigación pretende conocer más acerca de estas variables y resaltar la importancia que tiene incluir una perspectiva de género en el ámbito de la salud. Nuestro trabajo se centrará en conocer si el género tanto de pacientes como de profesionales sanitarios son variables que determinan el diagnóstico y las atenciones que se ponen en marcha al realizar la recepción y clasificación de pacientes (triage) en un servicio de urgencias cuando hombres y mujeres acuden con similitud de síntomas.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Desde el siglo XIX existe una preocupación en las Ciencias de la Salud ante el problema de falta de equidad al realizar diagnósticos, atenciones y cuidados de los pacientes. Parece que las diferencias en el estado de salud de ricos y pobres estaban generalizadas (Sen, George y Ostlin, 2005). Para explicar estas diferencias y desigualdades se han tenido en cuenta múltiples factores como raza, casta, clase social y por supuesto el género (Arber y cols., 2006; Sen y cols., 2005). Varios estudios sobre desigualdades en el ámbito de la salud han mostrado, que aunque la clase puede ser un factor determinante de estas desigualdades en salud, existen diferencias significativas explicadas por la raza y el género dentro de la misma clase social (Arber y cols., 2006; Grif, 2012; Krieger, Rowley, Herman, Avery y Phillips, 1993; Lillie-Blanton y cols., 1993; Risberg y cols., 2009; Sen y cols., 2002).

A pesar de estos datos empíricos, se ha necesitado más tiempo para reconocer al género como causa de diferencias en salud, ya que existe una marcada tendencia en las Ciencias de la Salud a fusionar género con las diferencias biológicas entre sexos (Kunkel y Atchley, 1996; Sen y cols., 2005). Debido a esto, en el último cuarto del siglo XX, ha existido un amplio interés por investigar las diferencias entre sexo (biológicamente determinado) y género¹ (socialmente construido).

En la actualidad existe la necesidad de que las profesiones del ámbito de la Salud tomen conciencia de esta distinción, investiguen las causas de estas diferencias y tomen en cuenta las repercusiones que estas inequidades basadas en el género están teniendo sobre la salud de hombres y mujeres (Arber y cols., 2006; Diaz-Granados, McDermott y

¹ Género: Distinciones socialmente construidas entre hombres y mujeres en base a las diferencias en el acceso al conocimiento, recursos, rol social, relaciones de poder, división del trabajo y segregación ocupacional, jerarquías de autoridad y toma de decisiones y las normas sancionadas por la sociedad aplicadas con respecto a la identidad, la personalidad y el comportamiento (Kunkel y Atchley, 1996; Sen y cols., 2005).

Wang, 2011; Kent, Patel y Varela, 2012; Lillie-Blanton y cols., 1993; McGregor y cols., 2013; Risberg y cols., 2009; Sen y cols., 2002; Valls y cols., 2006). Estudios recientes al respecto del género y el sexo en los servicios de urgencias concluyen de la gran importancia de incluir la perspectiva de género al realizar diagnósticos y cuidados de los pacientes así como al realizar diferentes estudios de investigación (Mcgregor y cols., 2013; Runnels, Tudiver, Doull y Boscoe, 2014).

4.1. Sesgos de género en Salud

Como ya hemos visto, el género interactúa con la biología para determinar las necesidades, capacidades y tratamientos de los pacientes, sin embargo si los profesionales de la salud no tienen en cuenta las diferencias y semejanzas de género y se centran únicamente en los determinantes biológicos se cometerán sesgos en los diagnósticos, atenciones, cuidados y tratamientos de los pacientes. Se ha comprobado que los proveedores del sistema así como los servicios de salud multiplican estos sesgos al no conocer su existencia ni la necesidad de aplicar medidas compensatorias (Greaves y cols., 1999; Grif, 2012; Risberg y cols., 2009; Standing, 2002).

Datos estadísticos evidencian las asimetrías que existen con respecto a la salud basadas en las diferencias de género. Así sabemos que la prevalencia de las enfermedades es diferente en los dos géneros, conocemos que su curso es distinto, que hay diferencias de síntomas y de manifestaciones ante el mismo diagnóstico, que la atención y tratamientos dispensados por los profesionales difiere de un género a otro (Arber y cols., 2006; Artacoz, 2004; Diaz-Granados y cols., 2011; Kent y cols., 2012; Martínez, 2003; Ministerio de sanidad, 2005; Pinn, 2003; Valent y cols., 2013) y que los tratamientos farmacológicos actúan de distinta manera y no muestran la misma eficacia en hombres y mujeres (Durá, 2008).

Con respecto a estos datos de diferencias de género en el ámbito de la salud, nuestro enfoque y el de otros autores (Sen y cols., 2005) se sustenta en dos principios básicos:

1. Por un lado encontramos casos donde las diferencias biológicas interactúan con los factores sociales y ponen de manifiesto las diferentes necesidades de hombres y mujeres en materia de salud, lo que haría necesario que los profesionales realicen una diferente valoración, atención, tratamiento y cuidados que sean sensibles a esas diferentes necesidades (Grif, 2012; Sen y cols., 2005; Risberg y cols., 2009). Sin embargo en muchas ocasiones no se hacen valoraciones y tratamientos diferentes, sino que se extrapola la valoración y el tratamiento masculino a la mujer, dejando de lado su especificidad y sus necesidades. Esto ha sido explicado por numerosos autores indicando la invisibilidad que ha sufrido la mujer en las investigaciones en salud, donde al no ser incluidas en los estudios de investigación se las ha valorado y tratado generalizando las conclusiones de los estudios realizados con hombres (Healy, 1991; Ruiz-Cantero y Verbrugge, 1997; Valls, 2006; Wenger, 2012).

2. Por otro lado encontramos que con manifestaciones sintomáticas iguales o parecidas y con escasas diferencias biológicas en el proceso patológico, hombres y mujeres son tratados de manera diferente con respecto a los diagnósticos establecidos, atenciones y tratamientos recibidos. En este caso no son los factores biológicos los que nos permitirían explicar las diferencias, sino más bien los factores de construcción social del género los que explicarían la falta de equidad en salud (Batty, Emslie, Hunt y Lewars, 2007; Ruiz-Cantero y Verbrugge, 1997; Sen y cols., 2005; Wenger, 2012).

De esta manera podemos decir, que si bien es verdad que existen diferencias en las necesidades de salud de hombres y mujeres y que los profesionales de la salud debemos

estar atentos a ellas, estas no justifican la existencia de derechos diferentes o atenciones desiguales en materia de salud para hombres y mujeres.

Desde comienzos de la década de los años 90, a partir de la evidencia de sesgos de género en la atención sanitaria estadounidense con 60.000 casos de infartos agudos de miocardio (IAM) en los hospitales de Harvard y New Haven, se está empezando a realizar un esfuerzo por investigar estos sesgos de género referidos a la atención sanitaria que se ofrece a hombres y mujeres (Arber y cols., 2006; Adams y cols., 2008; Diaz-Granados y cols., 2011; Kent y cols., 2012; Risberg y cols., 2009; Ruiz-Cantero, 2008; Sims, Stefanick, Kronenberg, Sachedina y Schiebinger, 2010; Valent y cols., 2013; Wenger, 2012).

La Sociedad Americana de Mujeres Médicas definió en 1993 el sesgo de género en materia de salud, como la diferencia en el tratamiento de ambos sexos con un mismo diagnóstico clínico, que puede tener consecuencias positivas, negativas o neutras para su salud. Sin embargo en esta definición no se tiene en cuenta el origen del sesgo de género. Una definición más amplia sería que el sesgo de género en materia de salud es el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencia entre hombres y mujeres, lo cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios y en la investigación, resultando discriminatoria para un sexo respecto del otro (Ruiz-Cantero y Verdu-Delgado, 2004; Wenger, 2012).

En muchas ocasiones parece que los servicios sanitarios y la investigación en salud podrían estar sesgando su práctica presuponiendo de manera errónea que la situación y los riesgos de salud de mujeres y hombres son similares, o por el contrario refiriendo que son diferentes cuando en realidad son iguales (Ruiz-Cantero y Verbrugge, 1997), lo cual tendría repercusiones sobre la salud de ambos géneros.

Incluir esta perspectiva de género en investigación para la salud implica desagregar y desglosar los datos por sexos, definir y medir las variables de género con cuidado y contar con un número de mujeres representativo en las muestras de los estudios, así como seguir fomentando que las mujeres investiguen en el ámbito de las Ciencias de la Salud.

Estos sesgos de género en salud expuestos en este apartado y los retos que acabamos de proponer serán el punto de inicio para la justificación de nuestro estudio de investigación. En sucesivos apartados nos centraremos en explicar y entender como estos sesgos de salud parecen hacerse evidentes en la Enfermedad Cardiovascular (ECV) y en la Salud Mental.

4.2. Sesgos de género en la Enfermedad Cardiovascular y en Salud Mental de hombres y mujeres.

Hasta hace 15 años se pensaba que las mujeres no podían padecer ECV porque estaban protegidas por sus genes y por sus hormonas. Además se creía que las mujeres premenopáusicas tenían una incidencia menor en urgencias cardiovasculares, y el dolor torácico femenino era invisible y desconocido. Se ha observado que ante el desconocimiento de signos y síntomas de una patología, tal era el caso, del dolor torácico en la mujer (Ahmed, Cheung, Grace, Stelfox y Tomlinson, 2004; Crilly, 2007; Crilly, Bundred, Leckey y Johnstone, 2008), era más probable que se la tratase con ansiolíticos y antidepresivos a que se pensase en la existencia de una patología cardíaca (Valls, 2006).

Con respecto a las enfermedades mentales, ha ocurrido algo similar, parece que aquellos signos y síntomas desconocidos y que no se entendían dentro de una patología física estudiada y explicable, caían dentro de diagnósticos inespecíficos y poco claros

(Frankenhaeuser, Lundberg y Chesney 1991; Harlow y cols., 1999; Heilbrun, 1998; Marecek, 2001; Martín, Neighbors y Griffith, 2013; Mingote, 2000; Valls, 2000). Teniendo en cuenta, como ya hemos referido, que la mayor parte de las investigaciones se han realizado con hombres, los signos y síntomas de determinadas patologías en la mujer han quedado sin ser estudiados, y ante esa falta de conocimientos, los profesionales no los han identificado, incluyendo muchas de ellas dentro de las enfermedades poco claras, psicosomáticas o de problemática mental (Berstein y Kane, 1981).

Añadido a esto, otros estudios han evidenciado que los profesionales sanitarios cuando reciben similares quejas por pacientes de ambos géneros, tienden a considerar que las consultas de los varones son más serias, consideran que los síntomas son más graves e importantes y maximizan la afectación, mientras en el caso de las mujeres se minimizaban los malestares ante la misma afectación (Arslanian-Engoren, 2001; Gil-García y cols., 2005; Moreno Luna y cols., 2000).

A la vista de estos datos a continuación ofrecemos datos estadísticos sobre ambas patologías que nos permitan conocer más acerca de estas ideas.

4.3. Datos estadísticos de mortalidad y morbilidad cardiovascular según género.

En la década de los años 50 se produjo en EEUU un elevado número de muertes por causa cardiovascular en hombres de mediana edad. Este hecho llevó a un sesgo de percepción sobre la frecuencia y la distribución por sexo de este tipo de enfermedades (Valls, Banque, Fuentes y Ojuel, 2008). A este sesgo debemos añadir datos que indican que las mujeres padecen las enfermedades coronarias más tarde que los hombres, que pierden más tardíamente los factores protectores del riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (Martínez-Selles, 2005; Martínez-Selles y cols., 2012; Narkiewicz,

Kjeldsen y Hedner, 2006) y que además cuentan con factores como el embarazo y sus hormonas como protección (Martínez-Selles y cols., 2012). Estos datos, donde se informa que los hombres padecen mayor número de enfermedades cardiovasculares y las mujeres tienen menor riesgo de padecerlas, se han transmitido a la sociedad a lo largo de los últimos años, generándose la idea de que las enfermedades cardiovasculares son una patología “de hombres”, cuando según indican los datos, desde hace ya una década fallecen más mujeres que hombres por este tipo de trastornos y que además, según avanza la edad de la mujer, el riesgo entre hombres y mujeres se iguala. La mujer padece la problemática cardíaca unos siete u ocho años más tarde que los varones y a la edad de 65 años el riesgo se iguala entre ellos e incluso es mucho más elevado en la mujer (Álvarez-León y cols., 2004; Chrysohoou y cols., 2003; Grady, Herrington y Bittner, 2002; Jancaityle y Rastenyte, 2005; Mosca, Benjamin y Berra, 2011; Naicker, Liddy, Singh, Taljaard y Hogg, 2014; Narkiewicz y cols., 2006; Valls, 2000; Valent y cols., 2013; Valls, 2006).

En España en el año 2005 según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), 57.723 hombres y 69.139 mujeres perdieron la vida por culpa de una dolencia cardiovascular. En 2008 40,720 hombres y 52,189 mujeres murieron por problemas cardiovasculares (Instituto Nacional de Estadística (INE 2008)). En 2009 fueron 65.048 las defunciones en mujeres por esta causa y en 2011 el 16,1% de hombres y el 22,7% de mujeres murieron por una enfermedad cardiovascular (INE, 2011). En 2013, la Fundación Española del corazón (FEC) indica que la mortalidad hospitalaria por infarto de miocardio en las mujeres es del 17,6% frente al 4,7% de los varones. En 2014 la Sociedad Española de Cardiología (SEC) indica que debido a la ECV fallecen 65000 mujeres cada año en España, lo que sería un 8% más que los varones fallecidos por esta causa.

En Europa en el año 1997 hubo un total de 455,7 por mil de fallecimientos en mujeres por causa cardiovascular y de 383,4 por mil en varones. En 2013, la FEC ofrece datos donde la mortalidad por ECV de las mujeres europeas menores de 75 años es del 42% frente al 38% que presentan los varones. De hecho parece que las enfermedades del corazón son la principal causa de muerte entre mujeres mayores de 65 años.

En EEUU, The American Heart Assotiation (AHA) ha publicado datos estadísticos sobre las enfermedades cardiovasculares en hombres y mujeres. Examinando estos datos entre los años 1979 y 2008 se observa que a partir del año 1985 la mortalidad de las mujeres por ECV comienza a superar a la de los varones y desde este momento la mortalidad de la mujer por ECV ha estado por encima de la del varón (AHA, 2008; Hemingway y cols., 2008). En el año 2006 fueron un total de 432.709 mujeres (52,1%) las que murieron por enfermedad cardiovascular. En 2009, 401,495 mujeres y 386,436 hombres murieron enfermedad cardiovascular (AHA, 2013).

A pesar de estos datos estadísticos que muestran una mayor prevalencia de fallecimiento de mujeres por enfermedad cardiovascular, los profesionales sanitarios, la población general y las propias mujeres, siguen pensando que los problemas cardíacos son principalmente masculinos (Abadal, 1999; Jarvie y Foody, 2010; Martínez-Selles y cols., 2012; Mosca y cols., 2011; Mosca, Barrett-Connor y Wenger, 2012).

Para poder seguir avanzando en este tema, en EEUU, Eileen Hsich y Ileana Pina (2009) discriminaron por género la etiología, epidemiología, diagnóstico y pronóstico de la patología cardíaca entre hombres y mujeres. En la Insuficiencia Cardíaca (IC) - trastorno que pone en riesgo la vida del paciente y en el que el corazón no bombea sangre suficiente a todo el cuerpo-, encontraron que esta patología causa el 35% de las muertes femeninas por enfermedad cardiovascular. Se detectó que tanto en EEUU como en muchos países europeos, esta patología provocaba un mayor número de muertes en

las mujeres por encima de otras patologías como cáncer de mama o de útero. La probabilidad de morir de una enfermedad del corazón es entre cuatro y seis veces mayor que la que tienen de morir de un cáncer de mama. Herrmann en su estudio de 2008 informó de datos en igual dirección indicando que una de cada dos mujeres moría de ECV.

Otros estudios han informado que a partir de los 45 años, las mujeres tienen más riesgo de enfermedad cardiovascular y que si sufren un infarto este suele ser más grave y letal y además parece que tendrían más riesgo de muerte que un paciente varón (Narkiewicz y cols., 2006). Estudios epidemiológicos en EEUU han demostrado que tras un primer infarto la mortalidad de las mujeres es un 20% superior a la de los hombres. En concreto en el *Framingham Heart Study* iniciado en Massachusett en 1948, donde miles de personas y sus descendientes están siendo estudiados desde hace décadas, encontramos datos al respecto y nos muestra que la tasa de mortalidad pasado un año de haber sufrido infarto agudo de miocardio (IAM) era del 44% para las mujeres y el 27% para los hombres.

Este mismo estudio también ha concluido que las mujeres padecen un 33% más de infartos de miocardio silenciosos que los hombres y que en la franja de edad de 45 a 60 años, las mujeres tienen dos veces más infartos de miocardio sin síntomas que los hombres. También aporta datos donde refiere que casi dos tercios de las muertes súbitas por cardiopatía coronaria ocurrieron en mujeres sin síntomas previos, comparado con la mitad de las muertes súbitas en hombres. Asimismo, en España el estudio RESCATE ha aportado datos al respecto y nos informa que las mujeres tienen un 68% de riesgo de mortalidad a los seis meses posteriores a un infarto, y los hombres solo un 33% (Marrugat y cols., 1998). Por otro lado, las mujeres parecen presentar una mayor frecuencia de angina de pecho, según los datos del estudio de Prevalencia de Angina

(PANES) en España (López-Bescos y cols., 1999) esta frecuencia osciló entre 5,3% (hombres entre 45-54 años) y 8,8% (mujeres entre 65-74 años).

Con respecto a la Cardiopatía Isquémica la mayoría de los datos que conocemos en mujeres proceden del estudio *Framingham* referido anteriormente, donde se comprobó que las mujeres también presentan peor supervivencia ante un evento coronario agudo. Esto se debe a la mayor comorbilidad y a la mayor edad que tienen las mujeres cuando sufren esta patología. Estos datos del *Framingham Heart Study* coinciden con la conocida paradoja entre la muerte y la vida postulada por Verbrugge en 1976. En ella se habla de la mayor esperanza de vida de las mujeres y se afirma que las mujeres viven más, una media de 7 años más que los hombres, pero con una mayor tasa de enfermedad y discapacidad y un mayor número de enfermedades crónicas que los varones (Verbrugge, 1981; Verbrugge, 1985). Por tanto, la calidad de vida de estos años extras está excepcionalmente sobrecargada de patologías como el cáncer, la ECV, la enfermedad de Alzheimer, la osteoporosis, la depresión, la soledad y el aislamiento social entre otros (Healy, 1991). El estudio realizado por Case y Paxson (2004) confirma estos datos sobre la salud general de las mujeres y concluyen que la mujer vive más años pero con peor salud y que ante la existencia de enfermedades crónicas, el riesgo de ECV aumenta para las pacientes mujeres. En idéntica dirección estudios recientes realizados en Ontario con 46,490 pacientes con enfermedades coronarias han demostrado que el riesgo de padecerlas es mayor en mujeres que en varones y que según aumentan los factores de riesgo las mujeres tienen mayor probabilidad de padecerlas (Ko y cols., 2014). Con respecto a las diferencias en rigidez aortica estudios actuales han indicado que este problema afecta más a las mujeres lo cual podría estar relacionado con la hipertensión arterial y con la insuficiencia cardiaca que las mujeres presentan (Coutinho, 2014)

A la vista de todos estos datos parece que la mujer sufre mayor número de problemáticas cardiovasculares que el varón a partir de una determinada edad y que el pronóstico de vida una vez sufrido el problema es peor y menor. También parece que según indican las estadísticas la patología cardíaca provoca más muertes en las mujeres que en los varones tanto en España como a nivel internacional.

4.4. Datos estadísticos de mortalidad y morbilidad en las enfermedades mentales según género.

Con respecto a los trastornos mentales, los datos mundiales revelan que son un importante y creciente problema de salud pública (Murray y López, 1996). La enfermedad mental se asocia con una elevada carga de morbilidad y discapacidad. Últimamente se está observando un aumento en los datos de prevalencia. En 2004 estos trastornos representaban el 13% de la carga de morbilidad mundial, en forma de muertes prematuras y años perdidos por discapacidad, y también porque, cuando solo se toma en cuenta el componente de discapacidad al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2012). Añadido a esto parece que existe un déficit de tratamiento de los trastornos mentales en el mundo entero, y que en los países de ingresos bajos y medios entre el 76% y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento alguno para esas afecciones, y que las cifras correspondientes a los países de ingresos altos también son elevadas, situándose entre un 35% y un 50%. (OMS, 2012)

En cuanto a las diferencias de género, el informe “Género y salud mental de las mujeres” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) informaba que la tasa general de enfermedad mental era casi idéntica para hombres y mujeres (World Health

Organization (WHO), 2006). Sin embargo a lo largo de las investigaciones realizadas en la última década sí se han encontrados datos diferentes, según el género, en cuanto a la morbilidad psiquiátrica y a los patrones de conducta de la enfermedad mental (Azorín y cols., 2014; Donner y Lowry, 2013; Prince, Patel y Saxena, 2007; Valls, 2006). Las diferencias por género se dan particularmente en las tasas de trastornos mentales comunes: depresión, ansiedad y quejas somáticas. Estos trastornos afectan a 1 de cada 3 personas y parece que ocurren el doble en mujeres que en hombres (Donner y Lowry, 2013; OMS, 2005; OMS, 2010).

De manera específica, en los datos encontrados sobre la prevalencia psiquiátrica en España, se observa en todas las comunidades estudiadas unas cifras elevadas de alteraciones psiquiátricas, que en el caso de la mujer, se sitúa la prevalencia para la globalidad de los trastornos mentales entre el 18,7 y el 36% (Valls y cols., 2008). Algunos autores explican que estas estadísticas superiores en mujeres podrían deberse a la dificultad para diagnosticar determinados síntomas físicos y enfermedades de etiología desconocida en la mujer, y que al no observarse un diagnóstico claro se incluyen dentro de las patologías psicosomáticas y/o mentales (Valls, 2006), lo que haría que pareciera que la mujer presenta más problemática mental.

Diferentes estudios encontraron que los cuadros de depresión, agorafobia, fobia social, ansiedad, distimia y somatización se diagnosticaban más en mujeres (Azorín y cols., 2014; Díaz-Granados y cols., 2011; Donner y Lowry, 2013; Kessler, McGonagle y Zhao, 1994; Lafaurie, 2010; Márquez y cols., 2004; Prince y cols., 2007), mientras que los trastornos de personalidad antisocial y los derivados del consumo del alcohol parece que eran más frecuentes en hombres (Azorín y cols., 2014; Prince y cols., 2007). Sin embargo, otros estudios epidemiológicos y clínicos donde en un primer momento se encontraron datos similares, si se introducían variables relacionadas con el estado civil y

con el desempleo la incidencia de hombres y mujeres tendía a igualarse (Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el estrés (SEAS), 2013). En este sentido, se encontró que la alta clase social, el trabajo y el estado civil de casado actuaban como factores de protección de la enfermedad mental de los hombres mientras que la morbilidad psiquiátrica de las mujeres se incrementaba en mujeres casadas frente a las solteras (SEAS, 2013; Jacobi y Klose, 2004) ocurriendo algo similar con la variable trabajo (Heilman, 1994; Heilman y Okimoto, 2007; Heilman y Okimoto, 2008).

Si nos centramos de manera específica en cada tipo de trastorno, en el caso de los trastornos del estado de ánimo y afectivos hemos encontrado estudios que muestran una mayor prevalencia en las mujeres. La depresión unipolar y la depresión mayor parece que se presenta con el doble de frecuencia en mujeres que en hombres (un 41,9% en las mujeres frente a un 29,3% en hombres), y se prevé que será la segunda causa de la carga mundial de morbilidad para el año 2020 (OMS, 2005). En estudios con población anciana se encontraron datos en idéntica dirección donde el 19,6% de los varones presentan síntomas de depresión mayor frente al 46% de las mujeres (Valls y cols., 2006). Parece pues que la depresión podría ser más persistente en las mujeres (Bracke, 2000). Estudios actuales realizados en la universidad de Michigan refieren que la proporción de hombres y mujeres que sufren depresión tiende a igualarse cuando se ha considerado que las manifestaciones de esta patología son diferentes en hombres y en mujeres. En este estudio se encontró una proporción del 26,3 % de hombre y del 21,9% mujeres con criterios de depresión mayor. En el estudio se tuvo en cuenta que los síntomas eran diferentes según el género. Los hombres manifestaban más agresividad, alcoholismo y conductas de riesgo mientras que las mujeres presentaban más estrés e irritabilidad y más problemas de sueño y pérdida de interés (Martín y cols., 2013). Datos similares se han encontrado en 2014 en un estudio realizado en Francia con

pacientes con depresión, donde se observaron diferentes manifestaciones por género, donde las mujeres se deprimían más tempranamente y tenían más intentos de suicidio y los hombres más problemas con el alcohol, más trastornos del control de los impulsos y mayor número de suicidios (Azorín y cols., 2014)

Respecto a la ansiedad, también parece que son las mujeres las que presentan más episodios de agorafobia y fobia específica. En España, tanto los ataques de pánico y angustia, la ansiedad generalizada, la agorafobia y las fobias simples, exceptuando la fobia social, parece que tienen una mayor presencia en mujeres en una proporción de 100 hombres por 240 mujeres (Sociedad Española de Psiquiatría, 2008). En estudios recientes realizados por la SEAS se obtuvieron datos que indican que en los últimos años debido a la situación económica de nuestro país han aumentado los porcentajes de ansiedad tanto en hombres como en mujeres, las mujeres siguen sufriendola hasta un 8% más que los hombres. Este mismo estudio también muestra que a las mujeres se les ha prescrito más fármacos que a los hombres, seis de cada diez mujeres son medicadas frente a uno de cada diez varones. Además dicho estudio parece evidenciar que el motivo de aparición de la ansiedad difiere según el género, en el caso de las mujeres son los problemas familiares y en el caso de los varones los problemas económicos. En cuanto a las manifestaciones parece que tanto hombres como mujeres presentan preocupación y aumento de la necesidad de comer, beber y fumar, así como mayor inseguridad. Sin embargo los varones refieren manifestar una gran tensión y las mujeres refieren pensamientos negativos y molestias de estómago (SEAS, 2013)

Con respecto a los patrones de consumo de tóxicos y alcohol parece que en la actualidad también se está produciendo un cambio según el género y la edad. Si tenemos en cuenta a los grupos más jóvenes de edad, en ellos las mujeres tienden a equiparar sus patrones conductuales a los de los varones adultos. En varios estudios

comunitarios realizados en varios países se han encontrado diferencias significativas de morbilidad psiquiátrica para los diferentes grupos de edad (Alati y cols., 2004; Sen y cols., 2005; Valls, Ojuel, López y Fuentes, 2007). Se observan dos tendencias en las mujeres de nuestro medio, por un lado en las mujeres de grupos más jóvenes observamos un incremento de las formas patológicas tradicionalmente asociadas a roles masculinos (consumo de alcohol y otra sustancias), y por otro lado observamos un incremento de cuadros afectivos y ansiosos en edades más avanzadas, a partir de una edad media apareciendo más en mujeres casadas que en mujeres solteras (Sen y cols., 2005).

Para concluir este apartado, referir que todas estas diferencias encontradas por género, algunos autores las han explicado por la influencia de las normas y valores sociales (Borrell, García-Calvente y Martí-Bosca, 2004; Borrell y Artacoz, 2008). Según parece a los hombres les costaría más cargar con la etiqueta psiquiátrica y verbalizar sus problemas (Sen y cols., 2005) y las mujeres parece que al tener un mayor procesamiento emocional podrían tener una mayor facilidad para verbalizar aquello que les preocupa (Ohrmann y cols., 2010). También parece que la mayor prevalencia encontrada en mujeres podría estar relacionada por un lado con la mayor frecuencia y facilidad a buscar ayuda por parte del género femenino y por otro con una mayor tendencia de los profesionales a diagnosticar este tipo de problemas ante síntomas poco precisos (Díaz-Granados y cols., 2011).

A la vista de todos estos datos parece que no se debería explicar una mayor presencia de mujeres en los desórdenes mentales teniendo en cuenta únicamente el sexo sino asociado a todas las variables relacionadas con las diferencias sociales, culturales y de comportamiento asociadas a su género (Borrell y cols., 2004; Borrell y cols., 2011; Carter, 2011; Martel, 2013).

4.5. Datos empíricos de sesgos de género y diferencias en etiología, síntomas, diagnósticos, factores predisponentes, pronóstico y atenciones a hombres y mujeres con ECV.

A continuación se presentan las diferencias encontradas con respecto a la manera de diagnosticar y atender a hombres y mujeres con síntomas de enfermedad cardiovascular.

Con respecto a la etiología que desencadena la ECV se ha visto que es muy diferente en hombres y mujeres, en el caso de las mujeres son la hipertensión arterial (HTA) y las valvulopatías las causantes de esta enfermedad, mientras que en hombres se ha comprobado que el origen suele ser una arteriopatía coronaria (Hofman, Kardys, Oudkerk, Vliegthart y Witteman, 2007; Narkiewicz y cols., 2006; Wenger, 2012).

Se ha comprobado que los síntomas, curso y evolución de esta patología difieren mucho entre hombres y mujeres (Herrmann, 2008). Parece que la ECV presenta diferentes síntomas tempranos en cada género, que existe una mayor morbilidad en mujeres que en hombres y que aparece más tardíamente en mujeres (Bello y Mosca, 2004; Daly, Clemens y López-Sendon, 2006; Wenger, 2012). Estos autores también concluyeron que si en el curso de la enfermedad existe un control de los factores de riesgo, se aprecia una menor incidencia en las mujeres. Apoyando esta idea, otros estudios han concluido que en la mujer se observa un retraso de entre 10 y 15 años en el inicio del aumento de las tasas de mortalidad por ECV, tendiendo a igualarse con el varón a partir de la menopausia. A la vista de estos datos es fácil comprender que la mayor parte de los casos de ECV en la mujer se producirán después de los 65 años, y en el caso de aparecer de manera prematura se asocia a múltiples factores de riesgo y a síndromes metabólicos (Gami, Witt y Howard, 2007; Sánchez-Luis y Suárez., 2003)

Con respecto al inicio de las manifestaciones clínicas de la ECV también se han encontrado diferencias. En la mujer el inicio y la presentación posterior suele ser en forma de Angina de Pecho en más de la mitad de los casos y en forma de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en el 30% de los casos, mientras que en los hombres es el IAM la forma más habitual de comienzo (Assiri, 2011; Daly y cols., 2006, Sánchez-Luis y Suárez, 2003) junto con la insuficiencia cardiaca (Martínez-Selles y cols., 2012).

En cuanto a los síntomas presentados se ha descrito que la mujer presenta manifestaciones diferentes al varón. A menudo aparece un dolor torácico no cardiogénico, lo cual añade confusión al diagnóstico (Alconero y cols., 2006; Assiri, 2011; Bösner, Haasenritter y Hani, 2011; Chen, Woods, Wilkie y Puntillo, 2005). Parece que el dolor torácico tiene una escasa especificidad en el género femenino y por otro lado parece que el sufrir una angina de pecho predecía el IAM más en los hombres que en mujeres (Chaitman y cols., 1990; Fisher y cols., 1982). En un estudio realizado en Alemania con 1212 pacientes se observó que los médicos tendían a relacionar el dolor torácico con la enfermedad coronaria en el caso de los hombres pero no tanto en el caso de las mujeres (Bosner y cols., 2011). Un ejemplo fundamental de estas diferencias de síntomas en la ECV lo encontramos en los síntomas de Infarto Agudo de Miocardio. Algunas de estas diferencias, en este caso las biológicas, vienen determinadas por el sexo (Wenger, 2012) pero se ha visto que el género tiene una gran influencia sobre el tiempo empleado en la búsqueda de ayuda y tratamiento así como en las respuestas que los profesionales sanitarios ofrecen con respecto a la ayuda y tratamiento prestado en función del género del paciente (Alonso y cols., 2007; Caidahl y cols., 2004; Chang y cols., 2007; Endoy, 2004; Jackson, 2008; Lacueva-Moya y cols., 2008; Rohlfs, Borrell y Fonseca, 2000; Wenger, 2012).

Con respecto a las diferencias de síntomas físicos, Prediman Shah, director de la División de Cardiología del Cedars-Sinai Medical Center (1985) elaboró una lista diferenciando los síntomas generales del infarto. Estos síntomas son los que se han asociados al género masculino: dolor y opresión en el pecho (dolor irradiado hacia hombro, cuello, brazo y mandíbula), falta de aliento y sudor, sensación de ardor con o sin náuseas y vómitos, mareo y vértigo repentino con breve pérdida de conciencia. Frente a estos síntomas considerados clásicos o generales, elaboró otra lista con los síntomas que con mayor frecuencia aparecen en el IAM de las mujeres, síntomas que muchas veces se confunden con los de una crisis de angustia, ansiedad o estrés (Bailey, Shaw, Reis y grupo WISE, 2006; O'Keefe-McCarthy, 2008) y que son tales como indigestión o presión abdominal, mareos, náuseas, vómitos, debilidad o fatiga sin motivo aparente, dolor en articulación del hombro, espalda, escápula y mandíbula inferior, molestias constantes en el pecho y falta de aliento, sensación de muerte inminente (Bailey y cols., 2006; Khan, Albarrán, López y Chair, 2010; Kent y cols., 2012).

En cuanto a los factores predisponentes de ECV el *Framingham Heart Study* (1971) mostró que los factores de riesgo para hombres eran, la edad, el colesterol, el número de cigarrillos, el peso relativo y la TA sistólica y para las mujeres los factores predictores eran la edad, la capacidad vital y el hematocrito, y como dato marginal, en mujeres mayores, el colesterol y la glucosa (Schatzkin y cols., 1984). Estudios posteriores han revisado estos datos y parece que los principales factores de riesgo de la ECV en las mujeres son las dislipemias (DL), la HTA, la obesidad, el sedentarismo, la Diabetes Mellitus (DM), la dieta inadecuada y el tabaquismo. Recientemente se han documentado diferencias de género de manera específica para cada uno de estos

factores de riesgo (DAgostino y cols., 2008; Gami y cols., 2007, O'Donnel y Elosua, 2008; Tabenkin y cols., 2010).

En cuanto a las dislipemias y a la Diabetes Mellitus se ha encontrado una mayor prevalencia en mujeres (Hoebeke, 2008; Mosca y cols., 2011; Mosca, Barret-Connor y Wenger, 2012; Sánchez-Luis y Suárez, 2003). Asimismo, Pamela Douglas citada en Valls (2006) refiere que la Diabetes acompañada de sobrepeso que aparece en la segunda mitad de la vida es un predictor poderoso de enfermedad de arteria coronaria. Otros estudios apuntan que la Diabetes tipo 2 es el factor de riesgo más potente de cardiopatía coronaria en la mujer y que su impacto nuevamente parece ser incluso mayor que en varones (Dyer y cols., 2008; Mosca y cols., 2011; Sánchez-Luis y Suárez cols., 2003).

Por otro lado Douglas alude a la HTA como patología más frecuente en la mujer que en el varón a partir de la quinta o sexta década de la vida y por tanto como un factor de riesgo importante, no solo porque el 80% de las mujeres de más de 75 años la padezcan, sino porque conduce a un incremento de unas diez veces la frecuencia de muerte por enfermedad coronaria (Coutinho, 2014; Sánchez-Luis y Suárez cols., 2003; Valls y cols, 2006).

Con respecto a la obesidad y el sedentarismo, se ha comprobado que la obesidad abdominal femenina, definida con un perímetro de cintura superior a 88 cm, constituye un importante factor de riesgo de ECV. Con respecto a la realización de ejercicio físico de manera regular, se ha visto su eficacia para disminuir el riesgo de ECV tanto en hombres como en mujeres (Mosca y cols., 2011; Mosca y cols., 2012; Sánchez-Luis y Suárez cols., 2003).

En cuanto al consumo del tabaco como predictor del riesgo de ECV existen discutidas opiniones en distintos estudios. Algunas investigaciones informan que el 72%

de las mujeres con síntomas cardíacos son fumadoras y por tanto el tabaco es uno de los factores que más predispone la ECV, mientras otros estudios refieren que entre los pacientes con enfermedades coronarias es más frecuente que fumen los hombres que las mujeres. Sin embargo, en ambos casos se concluye que el tabaco es la principal causa prevenible de ECV en las mujeres (Dyer y cols., 2008; Mosca y cols., 2011; Sánchez-Luis y Suárez cols., 2003; WHO, 2011a).

Otro importante factor de riesgo en las mujeres a diferencia de los hombres, es la disminución de los niveles del colesterol de alta densidad (HDL), mientras que en los hombres es el aumento del nivel del colesterol de baja densidad (LDL) (O'Donnel y Elosua, 2008, Mosca y cols., 2011; Mosca y cols., 2012). A partir de los 60 años en las mujeres se produce un aumento de los niveles séricos de LDL que pueden llegar a ser incluso superiores a los del varón, de manera que la disminución del HDL unido al aumento del LDL al avanzar la edad convierten a las DL en un importante factor de riesgo de la ECV en la mujer. Con respecto a los triglicéridos se ha visto que también aumentan las posibilidades de sufrir ECV, pero sobre todo en mujeres mayores de sesenta años. En este sentido, los triglicéridos parecen ser un predictor de riesgo más poderoso en mujeres que en hombres (Mosca y cols., 2011; Sánchez-Luis y Suárez cols., 2003).

Con respecto a la prevención primaria de todos estos factores predisponentes se han observado diferencias en la atención entre hombres y mujeres (Wenger, 2012). Parece que hay un menor control en mujeres de todos los factores de riesgo, como diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y tabaquismo (Baumann y cols., 2007; Blauwet y Redberg, 2007; Caidahl y cols., 2004; Chang y cols., 2007; Gami y cols., 2007; Hoebeke, 2008; Jarvie y Foody, 2010; Naicker y cols., 2014). También se ha comprobado que se recetan menos hipolipemiantes en mujeres a pesar de tener cifras de

colesterol elevadas (Naicker y cols., 2014; Wenger, 2008) y se tiende a recomendar más dieta y control del peso que a los varones (Naicker y cols., 2014). Con respecto a los tratamientos con estatinas parece que reducen menos el riesgo de colesterol en mujeres que en hombres (Chen y cols., 2007; Jarvie y Foody, 2010). Este diferente control de los factores de riesgo podría, según algunos estudios, determinar que cuando se produce un evento coronario agudo en forma de angina o infarto, las mujeres lleguen en peores condiciones de salud que los hombres, lo que podría estar influyendo en su proceso de hospitalización y curación (Alonso y cols., 2007; Baumann y cols., 2007; Blauwet y Redberg, 2007; Caidahl y cols., 2004; Chang y cols., 2007; Endoy, 2004; Hetzer, Lehmkuhl y Regitz-Zagrosek, 2004; Lacueva-Moya y cols., 2008; Risberg y cols., 2009; Gami y cols., 2007).

En lo que se refiere al pronóstico de la ECV y las diferencias entre ambos géneros, existen datos publicados que señalan el valor de pronóstico negativo que puede tener el género femenino en la mortalidad por cardiopatía coronaria (Sánchez-Luis y Suárez cols., 2003). Igualmente se confirma que la evolución clínica del IAM en la mujer es peor que en el hombre, presentando mayor índice de insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, roturas cardíacas, arritmias, taquicardias, bloqueos, ictus, hemorragias y mayor frecuencia de recurrencias, las cuales son más precoces que en el varón. Todo esto se traduce en una mayor mortalidad hospitalaria al año de sufrir el infarto (Green y Raffin, 1993; Mosca y cols., 2011; Sánchez-Luis y Suárez cols., 2003; Wenger, 2012). Actualmente se continua investigando sobre los aspectos negativos del IAM en la mujeres (Griffith, Hamilton y Norrie 2005; Mosquera, 2002; Mosquera, De la Hera y Barriales, 2002; Watanabe, Maynard y Ritchie, 2001; Wenger, 2012), sin embargo no hay constancia de estudios preventivos que tomen en cuenta todas las diferencias descritas (Wenger, 2012).

Con respecto al diagnóstico de la ECV también se observan diferencias entre géneros. Parece que existe un menor esfuerzo y especificidad de diagnóstico en mujeres por parte de los profesionales (Abuful, Gidron y Henkin, 2005; Adams y cols., 2008; Arber y cols., 2006; Endoy, 2004; Grif, 2012; Risberg y cols., 2009; Pope, 2000; Wenger, 2012). Con respecto a la realización de distintas pruebas diagnósticas, se observa que la prueba de Rose, empleada para el diagnóstico de la angina de pecho, presenta una baja sensibilidad y una tasa elevada de falsos positivos en mujeres. Algo similar se ha comprobado que ocurre con la prueba de esfuerzo, la cual tiene mucha menos especificidad y sensibilidad en mujeres que hombres (Sánchez-Luis y Suárez cols., 2003). Actualmente se está utilizando el ecocardiograma de esfuerzo, ya que se ha observado una mayor validez como herramienta diagnóstica en la mujer (Sánchez-Luis y Suárez cols., 2003). En similar dirección estudios realizados en Europa y América han observado que las mujeres que sufren un accidente cerebrovascular tienen menos probabilidades de recibir pruebas de imagen específicas para obtener un diagnóstico (Kapral, Degani y Hall, 2011; McInnes, McAlpine y Walter, 2008;)

En lo referente al modo de actuación y a la atención hospitalaria de los profesionales sanitarios para el control de la ECV, los estudios indican diferencias en la toma de decisiones según el género (Adams y cols., 2008; Bierman y cols., 2007; Grif, 2012; Valent y cols., 2013; Wenger, 2012). Abuful y colaboradores (2005) realizaron un estudio con 172 médicos para estudiar su actitud ante dos pacientes hipotéticos con problemas cardíacos, estos pacientes eran exactos en síntomas pero tenían diferente género, lo que se observó es que los médicos consideraron que el paciente masculino tenía mayor riesgo de problema cardíaco y a este paciente se le prescribían más tratamiento con aspirina y más tratamiento para reducir los lípidos que al hipotético paciente femenino. Por tanto estos investigadores concluyeron que existía un sesgo de

género tanto en la actitud como en la práctica clínica de los profesionales sanitarios hacia los pacientes con problemas cardíacos. En idéntica dirección otro estudio realizado en 2006 con 256 médicos de US y UK, encontró que al presentar videos con actores de diferentes géneros que representaban a pacientes con síntomas de ECV, los profesionales ofrecían menos diagnósticos de ECV y menos cuidados primarios a las pacientes mujeres. A las mujeres se les examinaba menos físicamente, se les hacían menos preguntas y menos pruebas para el diagnóstico y se les prescribía menos medicación para la ECV que a los pacientes varones (Arber y cols., 2006).

En esta dirección Alonso y colaboradores en el estudio IBERICA de 2007 encontraron que las mujeres sufrían un retraso a la hora de recibir diagnóstico profesional y que se les realizaban más tarde las técnicas de intervención. En esta misma dirección otros estudios han encontrado que la actuación de los profesionales sanitarios es mucho menor, más lenta y menos específica en mujeres que en varones (Adams y cols., 2008; Baumann y cols., 2007; Blauwet y Redberg, 2007; Endoy, 2004; Gargano, Wehner y Reeves, 2009; Grif, 2012; Leeper y Centeno, 2012; Pelletier y cols., 2014; Wenger, 2012)

Este aspecto comenzó a ser estudiado por Ayanian y Epstein (1991). Realizaron un estudio retrospectivo en Estados Unidos con 50 000 pacientes de Massachusetts y 34 000 de Maryland con el fin de determinar los procedimientos de control cuando estos pacientes llegaban al hospital con dolor torácico. Las tasas ajustadas por edad y por género dieron diferencias en los procedimientos realizados y demostraron que en las mujeres hospitalizadas se realizaban muchos menos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que en los hombres. En España, el estudio RESCATE (Recursos empleados en el Síndrome Coronario Agudo y tiempos de espera) realizado en Cataluña por Marrugat y colaboradores en 1998 observó que cuando hombres y mujeres llegaban al

hospital con la misma sintomatología, los procedimientos tanto terapéuticos iniciales como la trombólisis (el intento de deshacer los trombos), o después los procedimientos de investigación para conocer la extensión del problema, fueron diferentes en los hombres que en las mujeres. Este mismo estudio demostró que se tardaba una hora más en atender a las mujeres con esta patología que a los hombres. También demostró una diferencia de 2 horas (9,3h para las mujeres y 7h para los hombres) en el tiempo de admisión a una unidad coronaria desde el servicio de urgencias. En similar dirección un estudio reciente realizado en Reino Unido con 1162 pacientes (552 mujeres) que sufrieron infarto agudo de miocardio sigue ofreciendo similares datos. Se observa que los hombres siguen recibiendo mayor atención que las mujeres, de manera que se atiende hasta un 8% más a sus factores de riesgo, un 9% más a su prevención secundaria, un 10% más a su investigación cardíaca, y hasta un 13% más a sus técnicas de revascularización (Crilly y cols., 2008). Otros muchos estudios han documentado un menor uso de intervenciones cardiovasculares agudas en mujeres: la angiografía coronaria, cateterizaciones cardíacas, técnicas de revascularización coronaria y bypass arteriales son menos realizados en la población femenina. Este menor uso no ha sido explicado ni por la edad ni por patologías asociadas (Assiri, 2011; Baumann y cols., 2007; Chang y cols., 2007; Endoy, 2004; Leeper y Centeno, 2012; Nowakowska-Arendt, 2008; Pelletier y cols., 2014; Poisson, Johnston, Sidney, Klingman y Nguyen-Huynh, 2010; Valent y cols., 2013; Wenger, 2012). También se ha constatado que las mujeres reciben menos y más tardíamente el tratamiento fibrinolítico y que la terapia trombolítica es menos empleada que con pacientes varones (Lacueva-Moya y cols., 2008).

Con respecto al uso de tratamientos farmacológicos, se ha comprobado que a las mujeres se las ha incluido menos en los estudios sobre el efecto de los fármacos en la

ECV (Wenger, 2008, Wenger, 2012). Además hemos comprobado que existen pocos estudios que hablen del tipo de fármacos empleados y del efecto de los mismos en la ECV de las mujeres. Healy en 1991, aportó datos al respecto, encontrando diferencias en el tratamiento farmacológico de hombres y mujeres, no realizándose por ejemplo el uso preventivo de la aspirina en mujeres. De igual manera Healy habló de cómo los fármacos antiarrítmicos utilizados con mujeres, como la conterfenadina, producían más mortalidad en ellas ya que éstas tienen una bomba de potasio diferente en sus células cardíacas. Asimismo, los fármacos antilipídicos no estudiados previamente en el género femenino, comprobó que producían unas miopatías como efecto secundario sobre todo entre mujeres con hipotiroidismo. Finalmente, la eficacia de fármacos como la digoxina, utilizada en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, no es la misma en mujeres que hombres. En cuanto al uso, estudios recientes han comprobado que determinados fármacos se utilizan menos en mujeres (McInnes y cols., 2008; Naicker y cols., 2014) y que además muchos de estos fármacos ejercen diferente farmacocinética y farmacodinamia en mujeres que en hombres (Chen, Karp y Pilote, 2007; Hetzer y cols., 2004). Con respecto a los betabloqueantes se ha visto que las mujeres reciben hasta un 15% menos de tratamiento con estos fármacos y en el caso de la aspirina/heparina se ha visto que se receta hasta un 50% menos en mujeres que en hombres (Endoy, 2004; McInnes y cols., 2008). Estudios actuales indican al respecto que en general los tratamientos con antiplaquetarios y anticoagulantes son igualmente efectivos en ambos géneros y parece que las mujeres con enfermedad arterial coronaria se beneficiarían más de ellos aunque presentarían un mayor riesgo de hemorragia relacionado con el inadecuado ajuste de las dosis al género (Gutiérrez-Chico y Mehilli, 2013).

En cuanto a los efectos de los Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina (ACEI) se ha comprobado que existen efectos secundarios y

farmacocinética diferente en mujeres y en hombres (Hetzer y cols., 2004) y parece que los ACEI se han prescrito menos en pacientes mujeres (Naicker y cols., 2014). En cuanto a los Bloqueantes de los Receptores de Angiotensina (ARB) se ha encontrado una similar tolerancia para hombres y mujeres (Hetzer y cols., 2004).

Con respecto al tratamiento con Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) en mujeres y la relación del mismo con la ECV, se ha discutido mucho sobre sus efectos y beneficios (Ruiz y Bermejo, 2004). En cuanto a sus efectos en prevención primaria de ECV, el *Womens`Health Iniciate*, en 2002 detuvo prematuramente el único gran ensayo donde se combinaba un grupo con TSH frente a un grupo placebo, por encontrarse en las mujeres del grupo de intervención un riesgo significativamente mayor de cardiopatía coronaria, ictus, enfermedad tromboembolítica venosa y cáncer de mama. En lo referido al efecto de la TSH en prevención secundaria de ECV, existen dos ensayos relevantes controlados con placebo (HERs & HERSII) (Hulley, Grady y Bush, 1998). En el primero se incluyeron mujeres postmenopausicas con cardiopatía coronaria de inicio y se vió que tras 4,1 años no se producía una reducción de eventos coronarios. El mismo estudio se prolongó 2,7 años con igual tratamiento (HERSII) y tampoco se observaron beneficios cardiovasculares. Con respecto al ictus no se comprobaron aumento de los riesgos ni tampoco efectos beneficiosos. Otro estudio publicado es el Women`s Angiographic Vitamin and Estrogen (WAVE) (Kelemen y cols., 2005; Waters, Alderman y Hsia, 2002) que trató de determinar los efectos de la TSH y de las vitaminas antioxidantes sobre la ECV de la mujer. Los autores concluyeron que ninguno de los dos tratamientos proporcionaba beneficios cardiovasculares en mujeres postmenopausicas (Sánchez-Luis y Suárez, 2003; Toles, 2007).

Con respecto a las diferencias entre géneros en prevención terciaria, hemos observado algo similar a lo reflejado con anterioridad y se ha comprobado que el acceso

de las mujeres a los programas de rehabilitación cardiovascular es mucho menor que el de los varones (Pelletier y cols., 2014; Poisson y cols., 2010; Sánchez-Luis y Suárez, 2003). Referente a la rehabilitación postinfarto un estudio ofreció datos de la evaluación de más de 70 centros de rehabilitación postinfarto, y se comprobó que sólo el 30 % de mujeres afectadas por infarto siguen programas de rehabilitación (Healy, 1991).

Finalmente algunos estudios también han abordado las diferencias por género en la conducta de los pacientes ante un evento de ECV. Así el estudio de Asturias RIMAS (Mosquera, 2002; Mosquera y cols., 2002) puso de manifiesto que las mujeres que padecen un infarto llegan un promedio de una hora más tarde a los servicios sanitarios, lo que pondría en peligro su vida y retrasaría la atención que reciben. Similares datos con respecto al retraso en la atención y el diagnóstico en el servicio de urgencias se han encontrado en estudios realizados en España, Europa y América (Bolívar y cols., 2013; Gargano y cols., 2009; Grech, Pannell y Smith-Sparrow, 2001; McInnes y cols., 2008; Pelletier y cols., 2014). Sin embargo, no parece conocerse las causas de este retraso (Grif, 2012). Con respecto a esto en 2012, un estudio realizado en el hospital de Navarra con 113 pacientes con patología coronaria, ofrece datos sobre las posibles causas del retraso. Se observó que los hombres tardaban 138 minutos en buscar asistencia y la mujeres tardaban 238 minutos ante idénticos síntomas, parece que también aparecieron diferencias significativas en cuanto a la manera de percibir el estado general de salud, la gravedad del proceso, la carga familiar, el grado de actividad durante el episodio, el reconocimiento de la gravedad y la autopercepción de conocimiento (Ferraz Torres y cols., 2014). En esta misma dirección Bolívar y colaboradores (2013) encontraron una gran variabilidad de actuación por parte de los pacientes ante el inicio de los síntomas y observaron que las diferencias entre hombres y mujeres se acentuaban con respecto a cómo perciben y a como resuelve el episodio coronario.

A la vista de todos los datos ofrecidos parece que existen diferencias en el proceso de enfermedad así como en los procesos diagnósticos y terapéuticos que se ponen en marcha en los servicios de urgencias ante hombres y mujeres con ECV. Esto unido a que las estadísticas indican que las mujeres fallecen más y además que parecen tener una mayor prevalencia de ECV hace que se ponga en evidencia lo que ya en 1991 Healy describió como el Síndrome de Yentl. Healy indicaba que “las mujeres han sido tratadas demasiado a menudo sin equidad en las relaciones sociales, en la política, en los negocios, en la educación, en la investigación y en la asistencia sanitaria. En este sentido advirtió que la mayoría de estudios de investigación, de prevención, de métodos diagnósticos y de intervención en enfermedades coronarias, se habían realizado tan sólo con poblaciones masculinas, y que toda la información y conocimiento que los profesionales sanitarios habían recibido con respecto a la enfermedad coronaria partía de investigaciones realizadas con hombres que se han generalizado a la población femenina.”

Actualmente se continua investigando para conocer más sobre la atención recibida por las mujeres ante el diagnóstico de ECV, es decir, si el esfuerzo terapéutico, de diagnóstico completo, y de tratamiento y rehabilitación son igualmente adecuados en mujeres y en hombres (Bongard y cols., 2004; Chandola, Kuper, Singh-Manoux, Bartley y Marmot, 2004; Ettinger, 2003; Haglund, Koster, Nilsson y Rosen, 2004; Naicker y cols., 2014; Norris y cols., 2004; Raine, 2000; Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Vodopitutz y cols., 2002; Wenger, 2012). Sin embargo el informe del Instituto Europeo de Salud de la Mujer emitido en 2012 continuaba indicando que las mujeres con problemas de corazón no reciben cuidados equitativos a los de los varones que presentan idénticas problemáticas. Parece que las mujeres reciben distintos cuidados y mucho más tarde en el tiempo, lo que hace que presenten una mayor

morbilidad y una mortalidad más alta. En idéntica dirección un estudio realizado en Ontario en 2014 con 4931 pacientes sigue evidenciando estas diferencias por género en la atención cardiovascular de hombres y mujeres, donde las mujeres siguen teniendo mayor riesgo de no recibir el tratamiento adecuado y donde se les prescribe menos medicación para su ECV (Naicker y cols., 2014). Además a todos estos datos habría que añadir que no se han encontrado muchos estudios que relacionen la ECV con los riesgos diferenciales asociados a los roles de género como es el efecto del trabajo doméstico, de la carga familiar o del cuidado de enfermos o ancianos en la familia (Heilman, 1995; Kent y cols., 2012, Mosca y cols., 2011)

4.6. Datos empíricos de sesgos de género y diferencias en etiología, síntomas, diagnósticos, factores predisponentes, pronóstico y atenciones a hombres y mujeres con Enfermedad Mental.

El género ha sido conceptualizado como un determinante estructural de la salud mental. En este sentido, ha mostrado tener un poder explicativo importante respecto a la susceptibilidad diferencial y la aparición de trastornos mentales en hombres y mujeres (Avotri y Walters, 1999; Donner y Lowry, 2013; McLean y Hope, 2010; Montero y cols., 2004). Hoy en día es aceptado que el desarrollo psicológico humano tiene particularidades diferenciales según el género, que la vivencia psicológica de la reproducción, de la paternidad y maternidad, el acceso y el tipo de trabajo, los ingresos, la posición social es distinta en hombres y mujeres, y que el perfil psicopatológico y de morbilidad psiquiátrica presenta diferencias tanto cualitativas como cuantitativas entre ambos géneros (Briones del Dedo, Pereda, Actis, y De Prada, 2000; Carter, 2011; Heilman y Okimoto, 2008; Heilman y Wallen, 2010; Martín y cols., 2013; Montero y cols., 2004). Estudios recientes ponen de manifiesto como la diferente socialización de

los géneros determina las vivencias y las diferentes maneras de construir los tipos de afrontamiento y como los miedos y las reacciones de ansiedad están relacionados con estos roles de género. Este estudio ofrece datos que indican que las mujeres presentan más ansiedad subjetiva y más conductas de evitación ante idénticos estímulos y explican esto por la diferente socialización de los géneros (Dedovic, Dudley y Burger, 2009; Martel, 2013; McLean y Hope, 2010). Parece que según esto, sería necesario tener en cuenta la discriminación por género (trabajo, cuidado, familia...) para planificar la intervención en Salud Mental. Ya que esta no solo debería centrarse en los síntomas iguales o diferentes de hombres y mujeres sino también atender por un lado a patrones de enfermar diferentes y no tradicionales y por otro atender a los diferentes aspectos sociales, de rol laboral y de rol familiar, y la influencia de estos. Y así poder planificar la intervención en Salud Mental para los problemas específicos de hombres y mujeres (Borrell y cols., 2011; Martín y cols., 2013)

Para conocer más comenzaremos hablando sobre la etiología de los trastornos mentales, a este nivel los primeros supuestos en el terreno de la salud mental de las mujeres atribuían sus problemas mentales a sus características biológicas para la reproducción (Gijsbers Van Wijk, Kolk, Van den Bosch y Van den Hoogen, 1996). Hoy en día estudios recientes revelan que los problemas de salud mental de la mujer no solo son causados por factores relacionados con el ciclo menstrual y la reproducción (Epperson y cols., 2012; Freeman, Sammel, Boorman y Zhang, 2014) sino por las diferencias en socialización (Carter, 2011; McLean y Hope, 2010) y la discriminación de género (Borrell y cols., 2011). En un estudio realizado en Volta región de Ghana, se les pidió a las mujeres que identificaran sus problemas psicosociales de salud. Casi tres cuartas partes de las encuestadas refirieron pensar demasiado y preocuparse demasiado y no aludieron a la salud reproductiva (Avotri y Walters, 1999). Otro estudio sobre el

bienestar emocional de las mujeres de mediana edad, encontró que éste venía mediado por el estado de salud general, por variables psicosociales y por el estilo de vida y no tanto por su estado reproductivo o menopáusico (Borrell y cols., 2011; Dennerstein y cols., 1997; McLean y Hope, 2010). Frente a esto otros estudios ofrecen datos de la influencia del ciclo hormonal-reproductivo en la salud mental de las mujeres, donde las fluctuaciones de hormonas durante el ciclo menstrual parecen contribuir a cambios en el ánimo de algunas mujeres (Majewska, 1996 en Montero y cols., 2004). Estudios recientes realizados al respecto indican que la incidencia en depresión y ansiedad es mayor en mujeres que en hombres, y esto lo explican por la influencia de genes específicos y por las hormonas gonadales (Mehta, Wang y Redei, 2013; Ohrmann y cols., 2010).

Parece que de manera global, las investigaciones han tratado de recoger factores genéticos-constitucionales, cambios endocrinos y hormonales y diferentes variables socioculturales o la interacción de todos los factores como posibles determinantes de la aparición de un patrón de sufrimiento psicológico, no ya mayor, sino diferente en hombres y en mujeres (Altemus, Sarvaiya y Epperson, 2014; McLean y Hope, 2010; Montero y cols., 2004). Por tanto parece que podríamos decir que existirían dos vertientes etiológicas diferentes que podrían explicar las diferencias en Salud Mental de hombres y mujeres. Por un lado los genes, la fisiología y las hormonas (Mehta y cols., 2013) y por otro los factores asociados a la socialización por género (Borrell y cols., 2011; Dresch, 2006; McLean y Hope, 2010).

En esta segunda línea encontramos varios estudios que formulan diferentes hipótesis para explicar esta mayor problemática mental atribuida a las mujeres. Por un lado refieren que podría estar relacionada con una mayor sensibilidad de la mujer para detectar las señales de su cuerpo y con una mayor aceptación social de que la mujer

puede estar enferma y expresar sus síntomas (Bernstein, Zvolensky, Stewart, Nancy-Comeau y Leen-Feldner, 2006). Con respecto a la expresión de síntomas algunos estudios muestran que podría ser esta mayor expresión la que explicaría que los profesionales sanitarios en ocasiones supradiagnostiquen y sobreprescriban a las mujeres y infradiagnostiquen a los varones (Borrell y cols., 2011; Llacer y Colomer, 1994; Martín y cols., 2013). Por otro lado, existen estudios que sugieren que las mujeres refieren síntomas más vagos, y que los profesionales sanitarios no los identificarían como enfermedades de base biológica, por lo que existirían dos tendencias: por un lado dudar más y dejarlos sin diagnosticar (Ruiz Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Maserejian y cols., 2009), y por otro establecer diagnósticos de problemas psiquiátricos (Valls, 2006). Con respecto a la primera tendencia estas autoras dirigieron un estudio con una población de 512 mujeres y 318 hombres donde ambos grupos consultaban por los mismos síntomas debido a un problema respiratorio y observaron que un mayor número de mujeres quedaban sin diagnosticar, y que ante la misma batería de síntomas presentados, a ellas se les hacían menos preguntas en las entrevistas. Sen y colaboradores (2005) obtuvieron datos similares, mostrando que al menos el 20% de los síntomas referidos por la mujer no habían podido ser categorizados dentro de enfermedades consideradas como diagnosticables. Con respecto a la segunda tendencia, Llacer y Colomer (2004) ya habían encontrado que los profesionales sanitarios, a pesar de tener síntomas objetivos de problemática física, establecían en mayor medida un diagnóstico de problemática mental a favor de las mujeres. En esta línea Keogh, Hamid, Hamid y Ellert (2004) presentan un estudio donde 78 mujeres y 76 hombres acuden al servicio de urgencias refiriendo dolor cardiaco, los profesionales diagnosticaron en mayor medida a los varones de dolor torácico cardiaco y a las mujeres de dolor no cardiaco relacionando con ansiedad (Keogh y cols., 2004). De igual manera se ha

observado en estudios con pacientes con otros síntomas físicos, como por ejemplo el dolor de espalda, donde finalmente los profesionales sanitarios han prescrito más antidepresivos y han derivado más a Salud Mental a las pacientes mujeres que a los pacientes hombres ante iguales síntomas (Hirsh, Hollingshead, Mattias, Bair y Kroenke, 2014)

En cuanto a las manifestaciones y diferencias de comportamiento los estudios indican que la mujer trasmite y expresa de manera diferente que el varón, de manera que comunican más verbalmente y expresan su malestar con quejas, llanto y tristeza (Llacer y Colomer., 1994; Bernstein y cols., 2006; Martín y cols., 2013). Parece que con mayor frecuencia hablan de su malestar y sufrimiento en las consultas de atención primaria y en servicios ambulatorios especializados (Allen y cols., 1998). También parece que puntúan más en rumiación y reflexión que los varones (Johnson y Whisman, 2013). Frente a esto parece que los varones demuestran más irritabilidad, agresiones e indecisión (Llacer y Colomer., 1994; Martín y cols., 2013; SEAS, 2013), hablan más de sus problemas con el alcohol (Allen y cols., 1998; Martín y cols., 2013) y solicitan más asistencia en los servicios de salud mental y en los de hospitalización (Ustun y Sartorius, 1995; Ministerio de trabajo y asuntos sociales, 2003).

En relación con los patrones de búsqueda de ayuda parece que también existen diferencias de género. Parece que las mujeres, por razones culturales están más predispuestas que los varones a reconocer la presencia de enfermedades y a buscar ayuda y atención para sus trastornos (Borrell y cols., 2011; Markez, 2004; McLean y Hope, 2010). En este sentido, los datos indican que los hombres a nivel europeo presentan una mayor tasa de incidencia, aunque globalmente las mujeres presentan mayores tasas de frecuentación. En nuestro país incluso son los hombres los que tienen una media de consultas superiores (Montero y cols., 2004).

Con respecto a los ingresos hospitalarios, los datos no son concluyentes. En estudios europeos se observan tasas de ingresos más altas en hombres (McAlpine y Mechanic, 2000; Montero y cols., 2004), sin embargo en nuestro país no se confirman diferencias y su distribución por género es homogénea para los primeros ingresos hospitalarios (Muñoz, 1997). En lo referido a la estancia media de los ingresos, los estudios muestran que es ligeramente superior en mujeres y con respecto a la frecuentación de los servicios de urgencias psiquiátricas, se constata una mayor utilización por parte de los hombres. Por otra parte, los estudios ofrecen diferencias con respecto al perfil sociodemográfico y clínico de los varones que demandan atención urgente, el cual es significativamente diferente al de las mujeres. Existe entre ellos mayores tasas de privación social, aislamiento y consumo de sustancias, así como trastornos de personalidad, además suelen acudir solos o acompañados por fuerzas del orden público, dato que no se observa de manera tan significativa en la población femenina (Dirk y cols. en Montero y cols., 2004).

Centrándonos de manera específica en función del tipo de trastorno, con respecto a la manifestación de los síntomas de esquizofrenia parece no existir grandes diferencias entre hombres y mujeres. En este sentido, hemos encontrado que los hombres presentan un inicio más temprano y las mujeres los presentan de una manera más aguda y más intensamente (Lindamer, Lohr, Harris, McAdams y Jeste, 1999; Piccinelli y Homen, 1997). Las mujeres parecen presentar una mayor comorbilidad (Leibenluft, 1997) y tienen más probabilidad de ser hospitalizadas (Hendrick, Altshuler y Gitlin, 2000).

En cuanto a los episodios depresivos parece que las mujeres son dos veces más propensas a padecerlos que los hombres y que estos los presentan más tempranamente y de una manera más severa (Damoiseaux, Proost, Jiawan y Melgert, 2014) y también durante más tiempo (Gold y cols., 2004; Mehta y cols., 2013; Monteso-Curto, 2009;

Rafful y cols., 2012). Estudios recientes han referido que el riesgo de trastorno depresivo aumenta con la edad en el caso de las pacientes mujeres (Faravelli, Scarpato, Castellini y Lo Sauro, 2013) y que el grupo de entre 45 y 54 años es el de mayor vulnerabilidad para estos problemas (Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet y Orozco, 2012).

Con respecto a los síntomas en los trastornos de ansiedad existen pocos estudios que nos informen de diferencias entre hombres y mujeres puesto que estadísticamente la crisis de ansiedad aparece con mayor frecuencia en el género femenino (Donner y Lowry, 2013; Faravelli y cols., 2013; Kessler y cols., 1994; Mehta y cols., 2013).

En cuanto al establecimiento de diagnósticos de problemática mental, como ya hemos referido parece que son difíciles de ser identificados y diagnosticados por los médicos de atención primaria y del servicio de urgencias (Keogh y cols., 2004; Ustun y Sartorius, 1995), y que en muchas ocasiones los pacientes no informan de los síntomas que padecen, lo cual hace mucho más difícil el poder establecer un diagnóstico. Con frecuencia, parece que los síntomas y quejas que refieren los pacientes son subjetivos y a menudo resulta difícil encontrar signos clínicos que evidencien un trastorno orgánico objetivable, lo cual hace que los diagnósticos en muchas ocasiones dependan de la interpretación subjetiva y de los estereotipos de género de los profesionales que atienden (Frankenhaeuser y cols., 1991; Harlow y cols., 1999; Heilbrun, 1998; Maserejian y cols., 2009; Mingote, 2000; Valls, 2000). En igual dirección de lo ya indicado con anterioridad Selina Redman y colaboradores, ya en 1991, estudiaron la variabilidad por género de las alteraciones psíquicas y encontraron que los médicos y médicas diagnosticaban a muchas más mujeres con problemas psicológicos que a los varones, aun obteniendo ambos las mismas puntuaciones en la Prueba General de Salud (Velasco, 2005). En igual dirección Fuher (1995) ya observó que la variabilidad

diagnóstica estaba sujeta a factores de género. En este sentido, encontró que las mujeres se quejaban más de fatiga que los varones, siendo éstos los que recibían con una mayor probabilidad el diagnóstico de fatiga crónica y la mujer de depresión. A los hombres se les diagnosticaba más de aquellos síndromes que tienen apariencia fisiopatológica y menos de enfermedad mental (Velasco, 2005).

Con respecto a la relación médico-paciente, se ha comprobado que en muchos países existe una relación autoritaria por parte de los profesionales de salud mental y una tendencia a la estigmatización por cuestiones de género, observándose que cuando una mujer habla sobre sus problemas, muchos profesionales tienen prejuicios de género (OMS, 2010). En cuanto a las preferencias en el modo de atención, parece que las mujeres prefieren a aquellos profesionales que están dispuestos a hablar y a pasar tiempo con ellas (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Ruiz-Cantero, 2008; Sen y cols., 2005; Valls, 2006). Con respecto al tipo de servicio parece que las mujeres prefieren servicios integrados con servicios sociales disponibles frente a los varones donde no existe una marcada preferencia por ningún servicio (O'Malley, Forrest y O'Malley, 2000).

En cuanto a la prescripción de psicofármacos, parece que el género femenino es una variable que predice de manera significativa que ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos sean prescritos (Hirsh y cols., 2014; Hohmann, 1989; SEAS, 2013; Simoni-Wastila, 2000; Verster y Roth, 2012). Los estudios demuestran que aun con idénticos síntomas que en varones, las mujeres tienen un 48% más de probabilidad de recibir y tomar cualquier sustancia psicotrópica (SEAS, 2013; Simoni-Wastila, 2000) y además que cuando el médico identifica una situación psicosocial compleja en la mujer y valora poner en marcha medidas psicológicas y sociales parece que se deja llevar por la

influencia de los estereotipos de género y se inclina por una mayor preinscripción de psicofármacos (Moreno-Luna y cols., 2000; Valls y cols., 2007).

En Europa, Norteamérica y Japón los estudios demuestran que las mujeres reciben 2/3 del total de prescripciones de psicofármacos (Üstün y Sartorius, 1995) y en Australia, el 7% de las mujeres y el 4,5% de los varones han sido prescritos con tranquilizantes, sedantes y otros psicofármacos (Hohmann, 1989). En lo referente al tipo de psicofármaco los estudios demuestran que las mujeres reciben muchos más ansiolíticos y antidepresivos que los hombres (Damoiseaux y cols., 2014; Hirsh y cols., 2014; Verster y Roth., 2012) y menor cantidad de barbitúricos y antipsicóticos (Hohmann, 1989; Vázquez-Barquero, García y Artal, 1997) se ha podido comprobar la prescripción de altas dosis de tranquilizantes en las mujeres, incluso en la primera visita sin haberse realizado ninguna técnica exploratoria ni diagnóstica (Valls, 2000; Valls, 2006; Valls y cols., 2007). Una encuesta realizada sobre salud percibida en Cataluña entre los años 1994 y 1996 identificó una alta prevalencia de consumo de psicofármacos en la población femenina de un 51% de mujeres frente a un 35% de hombres (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

4.7. Sesgos de género: Repercusión sobre la salud de las mujeres

Como ya hemos ido ofreciendo en apartados anteriores se ha podido constatar evidencias de sesgos de género en salud. Parece que existen diferencias en la atención, diagnóstico, cuidados y tratamientos prestados a hombres y mujeres dentro del sistema sanitario (Castaño, Plazaola, Bolívar y Ruiz, 2006; Diaz-Granados y cols., 2011; Kent y cols., 2012). Como decíamos al introducir nuestro tema de investigación, estos sesgos en salud podrían estar teniendo repercusiones positivas, negativas y neutras en la salud

de ambos géneros (Castaño y cols., 2006). En este caso vamos a ir viendo como estos sesgos de género que se han detectado afectan a la salud de las mujeres.

Comenzaremos este apartado indagando más acerca del porqué de la exclusión de las mujeres en los ensayos clínicos y explicando cómo esta exclusión en la investigación, que en un principio fue planteada para prevenir daños sobre el feto, podría ser una de las causa del menor conocimiento de los problemas de salud de las mujeres.

En el año 1977 la Food and Drug Administration (FDA) excluía de manera explícita a las mujeres en edad fértil de los ensayos clínicos (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004). Los motivos de excluir a mujeres en edad fértil se explicaban refiriendo, que al tratarse de estudios y tratamientos experimentales, estos podían afectar a su fecundidad y exponer al feto a riesgos desconocidos. Esta idea se fundamentaba en datos ofrecidos en países europeos, Australia, Japón y África en la década de los años 50, donde un fármaco llamado talidomida provocó 10000 casos de defectos congénitos en hijos de madres que habían consumido el fármaco durante el embarazo (Chavez-Viamontes, Quiñones y Bernárdez, 2009). Otra de las razones encontradas en los estudios para esta omisión de las mujeres en los estudios de investigación, refiere que los distintos momentos del ciclo ovárico y hormonal de la mujer, así como las interacciones con otros tratamientos concomitantes, son variables de potencial confusión para los estudios y dificultan el análisis de los datos y la obtención de conclusiones (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Sen y cols., 2005; Valls, 2006; Wenger, 2012). Frente a esta idea, otros estudios han planteado que estas razones son motivo suficiente para incluir a las mujeres y así poder conocer el efecto e interacciones de los tratamientos y llevar a cabo un control de la dosis según el estadio de su ciclo hormonal (Díaz-Granados y cols., 2011; Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004; Kent y

cols., 2012). Finalmente, parece que la mayor esperanza de vida en mujeres parecía que hacia prioritario que se estudiara a los varones para conseguir un mejor estado de su salud y alargar su vida, sin embargo como ya veíamos en apartados anteriores parece que las mujeres viven más pero con una mayor incidencia de morbilidad y discapacidades que los hombres (Sen y cols., 2005; Valls, 2006). Lo cual podría ser un motivo importante para ser incluidas en los estudios de investigación.

A continuación mostramos algunos de los estudios epidemiológicos y de investigación donde se observa esta exclusión de las mujeres como muestra de los estudios. Ejemplos de ello son los estudios sobre el beneficio de la cirugía coronaria en un grupo de pacientes varones con angina de pecho (Murphy y cols., 1977). Y los beneficios de la aspirina para prevenir los ataques cardíacos en hombres (Manson y cols., 1990). Esta exclusión también parece estar presente en los inicios de estudios que centraban su atención en las cardiopatías en mujeres. Así el estudio MONICA de la OMS, un estudio poblacional multicéntrico y de carácter internacional (WHO, 1988) tuvo en sus primeras fases como criterio de inclusión edades comprendidas entre los 35 y 64 años. Si tenemos en cuenta que las mujeres cuando sufren un IAM y/o cardiopatía tendrían como media una edad de 77 años (Aldasoro, Calvo y Esnaola, 2007) el porcentaje de mujeres que se incluyó en las primeras fases del estudio podría haber sido muy pequeño. De manera similar, en el estudio IBERICA-País Vasco en su primera fase se incluyeron personas con edades comprendidas entre 25 y 75 años. En este caso la proporción de mujeres fue del 18%, sin embargo se observó que el 51% de los casos de IAM que tenían lugar en personas mayores de 74 años ocurrían en mujeres (Alonso y cols., 2007). Por lo tanto los resultados obtenidos en estas primeras fases de estos estudios parece que se basaron en pacientes varones con problemas cardíacos.

También parece que las investigaciones no han tomado en consideración indicadores de riesgo para la salud de las mujeres, como por ejemplo, los efectos de la THS, las implicaciones de las condiciones de vida, la sobrecarga de trabajo y responsabilidades y el estrés psicofisiológico en la enfermedad (Grifs, 2012; Heilman y Wallen, 2010; Helson y Picano, 1990; Mosca y cols., 2012; Valls y cols., 2000).

Parece que todas estas exclusiones en los estudios de investigación más que beneficiar a la mujer podrían haberlas hecho no visibles para la ciencia y para los profesionales sanitarios. Como ya veíamos parece que no se han tenido en cuenta sus necesidades, sus procesos fisiológicos normales, sus particularidades en materia de salud y en ocasiones se han aplicado con ellas tratamientos similares a los del hombre. El estudiar e investigar a los varones y generalizar los resultados a las mujeres habría implicado considerar que los síntomas, etiología, factores de riesgo, factores protectores, métodos de diagnóstico y tratamiento son los mismos en varones y mujeres (Valls y cols., 2000). Como consecuencia, la mujer ha recibido pruebas diagnósticas y tratamientos médicos basados en estudios con modelos masculinos y sin pruebas convincentes de aplicabilidad a la población femenina (Hammarstrom, Härenstam y Östlin, 2001; Sen y cols., 2005). Los estudios muestran que la tecnología para los diagnósticos, el tratamiento de las enfermedades y los programas de rehabilitación no se habrían adaptado a las características fisiológicas de las mujeres ni a sus necesidades específicas (Sen y cols., 2005). No todos los métodos de diagnóstico, de prevención e intervención pueden ser extrapolables y hacerlo conllevaría no hacer visible la morbilidad y la mortalidad diferencial (Bennett, 1993; Burin, Moncarz y Velázquez, 1990; González de Chávez, 1998; González de Chávez, 2000; Manson y cols., 1990; Manson y cols., 2002). Todos estos datos han demostrado que las mujeres podrían estar viéndose privadas de beneficiarse de los conocimientos de las investigaciones y de

avanzar en su propio conocimiento en materia de salud (Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), 1993).

Una de las enfermedades donde parece haberse hecho evidente las grandes consecuencias de aplicar las técnicas de diagnóstico y tratamiento basadas en hombres a las pacientes mujeres ha sido en la ECV (Sen y cols., 2005; Malacrida, Genomi y Maggioni, 1998; Sánchez-Luis y Suárez, 2003).

Más consecuencias de esta exclusión y extrapolación a las mujeres se fundamentaría en las diferencias no estudiadas de los síntomas de determinadas patologías en la mujer, tal es el caso del IAM. Los estudios recientes evidencian que los síntomas difieren entre hombres y mujeres (Wenger, 2012). Sin embargo parece que los profesionales sanitarios han estudiado y conocen los síntomas del IAM, los signos del electrocardiograma y los valores normales enzimáticos solo en pacientes varones. De manera que parece que cuando una mujer llega a un servicio de urgencias, los profesionales estarían más familiarizados con los síntomas del modelo masculino. Y podrían tardar más en identificar los síntomas, en decidir la realización de pruebas diagnósticas y en administrar un tratamiento a las pacientes mujeres. Este retraso haría que la mujer reciba diagnóstico y tratamiento mucho más tarde, que se consideren menos sus síntomas e incluso que no se llegue a establecer un diagnóstico. Por lo tanto cuando la mujer es atendida podría estar en peores condiciones de salud, lo que podría tener consecuencias negativas para ella (Gil- García y cols., 2005; Green y Raffin, 1993; Heston y Lewis, 1992; Valls, 2006; Wenger, 2012).

Otros estudios han ofrecido datos sobre posibles errores en los diagnósticos cuando las mujeres sufren un IAM con síntomas diferentes a los del varón. Un ejemplo de ello es cuando este IAM se diagnostica y se atiende como un problema digestivo y las consecuencias que esto tendría para la salud de las mujeres (Bello y Mosca, 2004;

Chrysohoou y cols., 2003; DeVon y Zerwic, 2002; Kyker y Limacher, 2002; Mosca, 1997; Mosca y cols., 2011; Mosca y cols., 2012; Wenger, 2008). Frente a esto parece que cuando la mujer presenta síntomas similares a los infartos en varones (dolor centro torácico, opresivo e irradiado) reciben más atención clínica que si el infarto se presenta con malestar epigástrico de irradiación atípica (Valls y cols., 2000). Otros estudios también han mostrado problemas con otros diagnósticos en pacientes mujeres. Parece que ante síntomas de cansancio, apatía y tristeza, muchas mujeres han recibido diagnósticos de depresión y se les ha tratado con antidepresivos y ansiolíticos. Cuando una muestra de sangre podría haber ofrecido un diagnóstico diferencial de anemia ferropénica o hipotiroidismo, patologías físicas que se manifiestan con esos mismos síntomas (Valls y cols., 2008). De manera que las mujeres podrían estar recibiendo tratamientos con psicótopos que no necesitan (Valls y cols., 2007).

Con respecto a otros tratamientos farmacológicos parece que ha ocurrido algo similar. Las mujeres parece que no han recibido tratamientos específicos para ellas. Según indican algunos estudios ni las dosis, ni los efectos de los fármacos han sido adaptados y ajustados a la población femenina (Gutiérrez-Chico y Mehilli, 2013). Las mujeres tienen una mayor proporción de tejido adiposo, una piel más delgada y un metabolismo más lento, lo que hace que tengan diferentes tasas de absorción, metabolismo y excreción de los fármacos (Ostlin, 2002; Sims y Butter, 2002). Por tanto cada género respondería de manera diferente a los mismos tratamientos y las consecuencias de los efectos adversos también son diferentes, por tanto parece que sería necesario que en este caso también se tomara en cuenta la especificidad de la mujer (Gutiérrez-Chico y Mehilli, 2013; Miqueo y cols., 2001; Ruiz-Cantero, 2001; Ruiz-Cantero, 2008; Sen y cols., 2005).

En cuanto a los ingresos hospitalarios, ya hemos ofrecido datos que mostraban que a igual necesidad y síntomas, los varones recibían una atención diferente, más rápida y más intensa que las mujeres. Esto como ya hemos indicado podría ser explicado porque sus síntomas son más conocidos por los profesionales sanitarios. Entre 1982 y 1990 se constató en nuestro país un incremento de ingresos hospitalarios en pacientes varones quienes tuvieron acceso a las tecnologías más desarrolladas. Mientras que en pacientes mujeres los ingresos permanecieron constantes (Ruiz-Cantero y Verdú- Delgado, 2004). Resultados similares se obtuvieron en el estudio IBERICA del País Vasco, donde se vio que del 52% de los casos de IAM que ingresaron en el hospital, el 69% eran hombres y el 31% eran mujeres. Además este estudio reflejó que el 21% de las mujeres sufrían más complicaciones y tenían una mayor letalidad frente al 13% de los varones.

Con respecto a los tiempos de espera en los servicios de urgencias, el estudio RIMAS de Asturias (Mosquera, 2002; Mosquera y cols., 2002) ofrecía datos sobre el tiempo que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta la monitorización del paciente. En mujeres el tiempo es de 180 minutos y en hombres 120 minutos. El estudio IBERICA aportó datos similares, 120 minutos para hombres y 153 minutos para las mujeres (Alonso y cols., 2007). Estudios recientes realizados en el norte de Italia han ofrecido datos sobre estos tiempos de espera en pacientes con dolor torácico que acuden al servicio de urgencias. Parece que a las mujeres con dolor torácico se las atendía una media de 3 minutos más tarde que a los pacientes varones con iguales síntomas (Varones: 21,9 minutos; Mujeres: 24,9 minutos) (Valent y cols., 2013)

Asociado a estas demoras, algunos estudios han indagado sobre la responsabilidad que los pacientes pueden tener en no acudir en busca de ayuda sanitaria ante el inicio de los síntomas. Parece que también se han encontrado diferencias por género y que según indican los estudios las pacientes mujeres conocen menos sobre la especificidad de los

síntomas de sus patologías (Nicholson, 2007) y sobre la especificidad de su cuerpo (Rohlf, 2007; Valls y cols., 2008). Además, como ya referimos parece que percibirían de manera diferente su estado general de salud y la gravedad del proceso (Bolívar y cols., 2013; Ferraz Torres y cols., 2014). Todos estos datos podrían ser la causa de que acudieran más tarde y en peor estado de salud a los servicios de urgencias (Ruiz-Cantero, 2001; Valls y cols., 2008), en los cuales como ya hemos visto los profesionales también les diagnostican y atienden con más demora (Alonso y cols., 2007; Mosquera, 2002; Mosquera y cols., 2002; Valent y cols., 2013).

De manera que a la vista de los datos ofrecidos a nivel de sintomatología, diagnóstico y atenciones parece que podemos referir que ha existido una falta de especificidad para los problemas de salud de las mujeres (Frankenhaeuser y cols., 1991; Harlow y cols., 1999; Heilbrun, 1998; Kunkel y Atchley, 1996 Mingote, 2001; Mosca y cols., 2012; Wenger, 2012). Y que esto ha podido suponer que estos problemas hayan sido menos conocidos por los profesionales sanitarios y por las propias mujeres. Y por tanto que hayan sido atendidas, cuidadas y tratadas bajo un diagnóstico no adaptado a la especificidad de sus síntomas, recibiendo tratamientos que no han sido diseñados y elaborados para ellas (Harlow y cols., 1999; Heilbrun, 1998; Valent y cols., 2013), afectando a su proceso de enfermedad y curación (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

4.8. Influencia del género, la experiencia profesional, el proceso de formación y el país de los profesionales sanitarios sobre los diagnósticos y atenciones de los pacientes.

Comenzaremos este apartado haciendo referencia al texto “El género, organizador de profesiones sanitarias”, donde Teresa Ortiz (2001) hace un análisis histórico de la

asignación de hombres y mujeres a las diferentes profesiones sanitarias y donde se analizan las diferentes relaciones de poder en función del género de los profesionales. En este texto observamos una construcción androcéntrica de la medicina, copada de hombres y por valores masculinos, mientras que las mujeres quedaban excluidas de esta profesión para aparecer representadas en profesiones sanitarias con menor poder. Estudios posteriores sobre género en las profesiones sanitarias han obtenidos datos similares con respecto a esta diferencia en la jerarquización del trabajo así como en el acceso a determinados puestos y a la participación en los estudios de investigación (Arrizabalaga, Abellana, Viñas, Merino y Ascaso, 2014; Borglin y García-Calvente, 2010; Pérez, 2000; Polit y Beck, 2009; Polit y Beck, 2012; Riska, 2001).

Con respecto al modelo de relación-atención del profesional y el paciente se ha observado que ambos géneros han puesto el énfasis en los problemas biológicos de los pacientes, basándose en una relación autoritaria-paternalista en el proceso de comunicación con ellos. El modelo occidental ofrece una imagen del profesional sanitario como profesional autoritario y omnipotente, donde se dedica un tiempo determinado a cada paciente, donde las relaciones de comunicación parece que se producen dentro de unas condiciones de poder concretas, y donde parece que se presta poca atención a los factores socioculturales y psicoemocionales (Markez y cols., 2004).

Lucia Mazarrasa en su texto “Estrategias de promoción de la salud” (2003), refiere que sería necesario desplazar el énfasis de lo biológico a lo psicosocial y conseguir que la relación profesional-paciente sea más igualitaria a diferentes niveles. Algunos estudios han indicado que para conseguir esto habría que tener en cuenta que los profesionales sanitarios como cualquier miembro de la sociedad están expuestos a los estereotipos, actitudes y sesgos que en ella se manejan. Y que por tanto parece que se debería tener en cuenta el llamado sesgo sexual del profesional sanitario (Markez y

cols., 2004). Este haría referencia a la diferente forma de responder de los profesionales sanitarios en función de su género y del de sus pacientes. En este último caso ya hemos evidenciado, que ante síntomas y problemas similares, los profesionales ofrecen diagnósticos y tratamientos diferentes a hombres y a mujeres (Abuful y cols., 2005; Arber y cols., 2006; Ayanian y Epstein, 1991; Batty y cols., 2007; Grif, 2012, Risberg y cols., 2009; Ruiz-Cantero, 2008; Sen y cols., 2005; Wenger 2012).

Con respecto al género de los profesionales sanitarios no existen muchos estudios que hayan ofrecido información estratificando los resultados por género del profesional que atiende. En esta línea Berstein y Kane (1981) contaron con 253 profesionales de ambos géneros y observaron que para ambos géneros de profesionales el 25% de las mujeres eran catalogadas como pacientes que se quejaban en exceso, que los síntomas de las pacientes mujeres se atribuían con más facilidad a problemas emocionales y en un 26% de los casos se las diagnosticaba de enfermedades psicosomáticas frente a un 9% en los varones. Datos muy similares a estos los encontró Colameco en 1983 y Vega Alonso en 1999, donde parecía que profesionales hombres y mujeres se comportaban de una manera muy similar al atender a sus pacientes de diferentes géneros. En esta misma dirección un estudio realizado en España con 273 médicos de atención primaria encontró diferencias en la atención en función del género del paciente pero no en función del género del profesional que dispensaba la atención (Moreno Luna y cols., 2000). Frente a esto Delgado Sánchez, López-Fernández y Luna (2001), en el congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria demostraron que existen diferencias por género del profesional en el trato que el sistema sanitario da a hombres y mujeres. Estudios al respecto encontraron que el estilo de comunicación, la duración de las visitas y los contenidos y estructura de la entrevista eran diferentes según el género del profesional que atendía. Parece que cuando el profesional que atiende es de género

femenino, la duración de la visita/entrevista es mayor, realizan más preguntas, recaban y proporcionan más información, formulan más declaraciones positivas, sonríen, hablan y asienten más. También ofrecen más feedback y discuten más con sus pacientes sobre aspectos del funcionamiento psicosocial y familiar. Además parece que las profesionales sanitarias son menos directivas en la toma de decisiones, incluyen más aspectos socioemocionales e implican más al paciente en la decisión. También parece que los pacientes atendidos por profesionales de género femenino hablan más y participan más durante la entrevista/consulta (Delgado Sánchez, 1999; Delgado y López-Fernández., 2004; Hall, Irish, Roter, Ehrlich y Miller, 1994; Henderson y Weisman, 2001; Roter, Lipkin y Korggaard, 1991; Roter y Hall, 1998; Roter, Hall y Aoki, 2002). Otros estudios sobre la derivación de los pacientes también encontraron diferencias por género del profesional, observándose que las profesionales de género femenino derivan más a sus pacientes hacia la atención especializada que los profesionales varones (Vega Alonso y cols., 1999) y que la calidad de las historias clínicas era mejor cuando las realizaban profesionales mujeres (Pepió i Vilaubi y cols., 1997)

Estudios más recientes realizados con una muestra de médicos de atención primaria en EE.UU y Reino unido (n= 112,56 por país y estratificado por género) observaron que tras presentarles en video a diferentes actores/pacientes con problemática cardíaca y habiéndose controlado la edad, genero, etnia y clase social de los mismos, los hombres y mujeres médicos ofrecían diferentes tipos de respuestas. Las médicas recuerdan y recogen y ofrecen más información en las entrevistas con las pacientes mujeres y los hombres médicos parecen menos influenciados por el género del paciente. Pero ambos géneros de profesionales y especialmente las médicas tomaban más en cuenta la edad, y consideraban que esta determina más la ECV en hombres que en mujeres. Este estudio

indicó la necesidad de profundizar más en el conocimiento sobre los riesgos de ECV en las mujeres, y parece desestimar que las médicas atiendan mejor a las pacientes mujeres (Adams y cols., 2008). Estudios actuales realizados con pacientes simulados por ordenador con síntomas de dolor de espalda han evidenciado que las pacientes mujeres recibían más antidepresivos y se las derivaba más a los servicios de Salud Mental y que estas decisiones eran más significativas en profesionales sanitarias mujeres (Hirsh y cols., 2014).

En cuanto a la prescripción de psicofármacos, diferentes estudios indican que tanto profesionales hombres como mujeres prescriben por igual, aunque de manera más elevada a las pacientes mujeres (Markez y cols., 2004; SEAS, 2013). Con respecto a esto un estudio realizado en Ontario con mujeres psiquiatras, encontró que estas dieron menor cantidad de psicofármacos a sus pacientes que sus colegas varones, que dedicaban más tiempo a las sesiones con sus pacientes, que participaban menos en investigación y que tenían una mayor satisfacción con su carrera que sus homólogos varones (Bagby y cols., 2004).

Con respecto a la experiencia profesional y la edad de los profesionales sanitarios no se han encontrado estudios que relacionen estas variables con los sesgos de género en salud. Si existen estudios realizados con profesionales de enfermería que han relacionado los años de experiencia profesional con variables de estrés. Por un lado los estudios indican que una experiencia profesional baja podría relacionarse con mayor estrés debido a la alta responsabilidad de las tareas y a la elevada implicación emocional que los profesionales de enfermería tienen en el ejercicio de su profesión (Collados y García, 2012; García y cols., 2013; López y López., 2011; Montejano, Castilla, Romero, Rodríguez de Dios y Pérez, 2008; Moya y cols., 2013; Zupiría y cols., 2003; Zupiria, 2006). Y por otro lado otros estudios indican que sería la experiencia profesional media,

de entre 11 y 15 años las que más relación guardaría con el estrés y el agotamiento profesional (Albaladejo y cols., 2004; Bartolomé, Aguilera y Cristóbal, 2000; Gil-Monte, García-Juesas y Hernández, 2008; Pera y Serra-Prat, 2002). Sin embargo en ninguno de estos estudios se han relacionado estas variables con los sesgos de género en salud.

En cuanto a cómo se produce el proceso de formación y adquisición de estos sesgos, no hemos encontrado estudios que ofrezcan datos con respecto a las profesiones sanitarias. Por un lado los estudios en general indican que la adquisición de los constructos de género parece tener lugar a través de modelos sociales de aprendizaje, mediante un proceso de interacción continua entre el individuo, su medio y la sociedad donde vive (Barberá, 1998; Deaux y Martín, 2003; Molina Petit, 2000; Ordovás, 2007). Y por otro, aun sin evidencia empírica, que pudiera estar relacionado con el proceso de formación, experiencia y transmisión de las diferentes profesiones sanitarias.

Con respecto a la variable país no se han encontrado estudios comparativos sobre sesgos de género en salud que estratifiquen su muestra por el país de procedencia del profesional que atiende. Tomando en cuenta los datos del Global Study con respecto a los *cluster* culturales, observamos que España forma parte del *cluster* denominado Europa Latina, junto con países como Francia, Italia, Portugal, Israel y Suiza francesa. Este estudio indica que los países pertenecientes al mismo *cluster* compartirían normas, valores y creencias entre ellos diferenciándose de los países incluidos en diferente *cluster* cultural (House y cols., 2004). Por tanto se podría pensar que los países incluidos dentro del mismo *cluster* podrían presentar datos similares con respecto a los sesgos de género en salud.

4.9. Patologías de estudio y protocolos de actuación sanitaria

Después de los datos ofrecidos con respecto a la problemática cardiovascular y a los problemas de salud mental, y teniendo en cuenta el objetivo planteado para nuestro estudio, parece que se debían elegir dos problemáticas que compartieran un número importante de síntomas en pacientes de ambos géneros. Parece que según indican los manuales de patología básica (Carton, 2013; Pérez-Arellano, 2006; Vallejo Ruiloba, 2006) la crisis cardiovascular y la crisis de ansiedad tienen un conjunto de signos y síntomas compartidos. Los síntomas compartidos indicados en la bibliografía son presión torácica, sudoración, ahogo, taquicardia, disnea y miedo a morir. Parece que según indican dichos manuales ante la llegada de un paciente con una serie de síntomas y signos similares podría ser difícil establecer un diagnóstico diferencial por parte de los profesionales sanitarios.

Comenzaremos hablando de la problemática cardiovascular dentro de la cual consideraremos diferentes problemáticas como son el dolor torácico (DT), la Insuficiencia Cardíaca (IC) y la cardiopatía isquémica, dentro de la cual encontramos, la Angina de Pecho o Angor Pectori y el Infarto Agudo de Miocardio. El DT se ha definido como una molestia o dolor que sufren los pacientes a lo largo de la parte frontal del cuerpo entre el cuello y el abdomen superior, representa el 5% de las urgencias hospitalarias y puede ser predictor de otras ECV como el Angor y el IAM. Los pacientes definen el DT como un dolor opresivo en el pecho, que aparece con sensación de pesadez, ahogo, nudo y quemazón a nivel retroesternal e irradiado a brazos, cuello, hombros, mandíbula, epigastrio y región interescapular. El paciente refiere que todos estos síntomas no se modifican con los movimientos. En ocasiones el DT se acompaña de náuseas, vómitos, mareos, sudoración elevada, taquicardia y dificultad respiratoria. El DT que aparece en el Angor no suele durar más de 30 minutos y cede tras el reposo y

la administración de tratamiento (nitritos), sin embargo el DT en IAM tiene una duración superior a los 30 minutos y no remite tras la administración de nitritos. En ambos casos pueden acompañar al dolor síntomas vegetativos: náuseas, vómitos, diaforesis, diarrea, sudoración. Además el paciente suele permanecer inmóvil, pálido, con sensación de gravedad, miedo y muerte inminente.

Con respecto a la IC decir que se trata de un síndrome fisiopatológico resultante de cualquier trastorno estructural o funcional del corazón, que provoca la incapacidad del corazón para llenarse o bombear sangre en los volúmenes adecuados para satisfacer las demandas del metabolismo tisular. La IC puede aparecer como consecuencia de una Cardiopatía Isquémica.

La Cardiopatía Isquémica hace referencia a un conjunto de enfermedades del corazón y se manifiesta por la incapacidad de las arterias coronarias para aportar el oxígeno necesario al músculo cardíaco. La causa más frecuente de esta falta de oxigenación es la arterioesclerosis (engrosamiento anormal de la pared de las arterias) o aterosclerosis (formación de placas de ateroma en la luz de la arteria), de forma que las células del corazón reciben un aporte deficitario de sangre y oxígeno, pudiéndose producir la cardiopatía isquémica en forma de Angor, de IAM y de muerte súbita.

Con respecto a la sintomatología, el paciente suele acudir al servicio de urgencias refiriendo DT, sin embargo en algunos casos, la cardiopatía isquémica se presenta sin dolor, apareciendo también disnea, arritmias, accidente cerebro vascular agudo, síncope, embolismo periférico e insuficiencia cardíaca congestiva.

Una vez definidas brevemente las ECV, pasaremos a definir el tipo de valoración, atención y cuidados que los profesionales sanitarios llevarían a cabo en los servicios de urgencias según los protocolos hospitalarios (Aguirre, Hernández y Fernández, 2006; Julián-Jiménez y cols., 2010; Torres y cols., 2000)

La primera actuación de los profesionales sanitarios irá dirigida a recibir y ubicar al paciente en el servicio de urgencias. Se le colocará en una cama o box de observación y valoraremos el estado general de salud. Se preguntará al paciente por las características del dolor, localización del mismo, hora de comienzo, intensidad, síntomas asociados, causas precipitantes, maniobras que modifican el dolor, antecedentes y patologías personales, medicación actual, existencia de factores de riesgo coronario y posibles alergias. A continuación pasaremos a ocuparnos de las constantes vitales del paciente: Tensión Arterial (TA): valorar si existe Hipertensión arterial (HTA) e hipotensión arterial (hTA); Frecuencia Cardíaca (FC): observar si existe bradicardia, taquicardia, pulso paradójico, y finalmente control de la Temperatura corporal (T^a), valorando la existencia de algún tipo de infección. Tras la valoración de constantes vitales se realizará un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones y se valorará la administración de nitroglicerina sublingual (Solinitrina®), si la tensión arterial sistólica (TAS) es inferior a 90 mmHg, la FC es inferior a 50 pulsaciones por minuto (ppm). En caso de ingestión de sildenafil (Viagra®) en las 24h anteriores, la nitroglicerina estará contraindicada. Seguiremos valorando y observando la clínica del paciente, los resultados del ECG y la respuesta a la nitroglicerina, y en función de todos estos datos podremos hablar de diagnóstico de Angor o IAM habiéndose descartado otras patologías que también cursan con dolor torácico. Finalmente y valorando la Frecuencia Respiratoria (FR) del paciente se administrará oxigenoterapia mediante mascarilla tipo Venturi (24-28% a 3litros/minuto) o mediante Gafas Nasales (GN) a 3 litros/minuto si el paciente no tolera la mascarilla. Tras esta valoración inicial y en función de la evolución de los síntomas del paciente se bifurcará el proceso de actuación y atención si el DT evoluciona hacia Angor o si evoluciona hacia IAM. En ambos casos se continuará con la canalización de vía venosa periférica (VVP), administrando suero glucosado al

5% si no existe contraindicación. Continuaremos con la extracción de analítica completa (urea, creatinina, glucosa, iones, CPK, mioglobina, troponina, LDH, hemograma completo y coagulación) y se valorará la realización de gasometría arterial basal (GAB) según la sintomatología respiratoria del paciente. Tras esto, se monitorizarán las constantes vitales (ECG, TA, FC y saturación de oxígeno) y mantendremos cerca el desfibrilador. Seguidamente se pasará a la administración de tratamiento del dolor y del tratamiento farmacológico, el cual diferirá si se trata de un proceso de Angor o de IAM. Continuaremos el protocolo con la realización de radiografía de tórax y la valoración de la analítica de enzimas. En el caso de angor valoraremos si es estable, en cuyo caso se dará el alta y se realizará el seguimiento en atención primaria y si el angor es inestable se ingresa al paciente durante 48h para seguir su valoración. En el caso de IAM el paciente quedará ingresado y se planteará la realización de una trombolisis o fibrinólisis si han transcurrido menos de 12h desde el comienzo de los síntomas (Aguirre, Hernández y Fernández, 2006; Julián-Jiménez y cols., 2010; Torres y cols., 2000).

Por otro lado con respecto a la crisis de ansiedad o ataque de pánico, indicar que es un cuadro de inicio agudo, en el que se produce un incremento de la intensidad de los síntomas durante los primeros minutos, su duración es breve, entre 10 y 30 minutos y su sintomatología comienza de forma inesperada para el paciente. Los síntomas típicos de crisis de ansiedad son palpitaciones, taquicardia o aceleración del ritmo cardíaco, disnea y sensación de ahogo, opresión torácica, dolor o molestias en el pecho, sudoración, mareos y sensación de vértigo, náuseas y molestias abdominales, parestesias, temblores o adormecimiento de extremidades superiores, escalofríos, despersonalización y miedo intenso a morir y a perder el control (Carton, 2013; Pérez-Arellano, 2006; Vallejo Ruiloba, 2006).

Si comparamos los síntomas presentados anteriormente en la ECV y los síntomas que acabamos de enumerar en la crisis de ansiedad, podremos concluir que existen síntomas comunes a ambas patologías. Y por ello la actuación en urgencias de los profesionales sanitarios ante estos síntomas debe ir dirigida a establecer un diagnóstico diferencial (Bonomé y Julián., 2003). En este caso la primera actuación de los profesionales sanitarios irá dirigida a recibir y ubicar al paciente en el servicio de urgencias, se le colocará en decúbito supino en una cama o box de observación y se le recomendará que respire de forma profunda y pausada. Es necesario en estos momentos establecer un diagnóstico diferencial, descartando que exista patología orgánica, valorando si la crisis ocurre como respuesta a situación ambiental estresante, si ha existido consumo de tóxicos o si la ocurrencia de la crisis tiene lugar en el curso de otra enfermedad psiquiátrica. Tras esto y valorando la intensidad de los síntomas de hiperventilación, debemos plantearnos la colocación de mascarilla con agujeros taponados con el fin de retener CO₂. Esta medida se realiza durante 10 minutos. Para el control de los síntomas de ansiedad y siempre valorando su necesidad, se utilizarán Benzodiacepinas (Alprazolam 0,5 o 1 mg o Loracepam 1 mg por vía sublingual). En el caso de seguir presentando importantes síntomas de ansiedad se podrá repetir la dosis en 10 o 15 minutos y en casos de sintomatología más extrema se puede recurrir a benzodiacepinas por vía intramuscular (1 ampolla de Diazepan 10mg).

Es importante comunicarnos con el paciente durante todo el proceso y transmitir seguridad. Se valorará si los síntomas que refiere se dan como respuesta a una situación ambiental estresante. Valoraremos la existencia de crisis anteriores o de trastornos psiquiátricos previos, si ha existido consumo de tóxicos estimulantes del SNC y descartaremos otro tipo de patologías orgánicas (respiratoria, cardíaca, cerebral, periférica, metabólica, alérgica).

Ante la sospecha de patología orgánica realizaremos las pruebas complementarias pertinentes para confirmar o descartar la patología. Habrá que realizar un examen físico detallado con hemograma, bioquímica general, gasometría arterial, radiografía de tórax, ECG, valoración neurológica completa y screening toxicológico urinario.

Una vez que se ha descartado causa orgánica, pasaremos a tranquilizar al paciente informando que su problema no supone un riesgo vital y que sus síntomas se deben a su estado de ansiedad. Es conveniente informar y explicar al paciente la naturaleza de su sintomatología.

Una vez resuelta la crisis podremos remitir al paciente a su domicilio y valoraremos su derivación al servicio de psiquiatría dependiendo de la frecuencia e intensidad de la crisis y de la interferencia que ésta ocasiona en su vida cotidiana. En el servicio de urgencias podremos pautar un tratamiento profiláctico de la crisis, similar al que permitió el control de la crisis aguda (Alprazolam 0,5 o 1 mg cada 8-6h) (Aguirre, Hernández y Fernández, 2006; Julián-Jiménez y cols., 2010; Larumbe y cols., 2000; Torres y cols., 2000).

Una vez definidas las patologías incluidas en el estudio y los protocolos de actuación de los profesionales sanitarios en los servicios de urgencias, conoceremos que profesionales sanitarios son los encargados de recibir a los pacientes en los servicios de urgencias y como se inicia el proceso de clasificación y cuidados.

4.10. Los cuidados de los profesionales de enfermería y la evolución de la profesión

4.10.1. El inicio de los cuidados en la profesión enfermera

El cuidado se considera como el conjunto de acciones realizadas sobre el ser humano y que van dirigidas a la consecución de su bienestar. Para poder construir el pasado y la evolución de estos cuidados se hace necesario conocer la historia de los

mismos y cómo ésta condiciona el presente y el futuro de los cuidados y atenciones dentro de la profesión enfermera. Durante milenios las mujeres han sido las encargadas de llevar a cabo estos cuidados sobre sus familias y han permitido que los distintos pueblos y sociedades hayan seguido evolucionando en bienestar. En la mayoría de las culturas el cuidado ha sido asumido por la mujer, por lo que podemos concluir que es un rol ligado al género femenino. Los cuidados enfermeros tal cual los entendemos hoy han ido sufriendo una gran evolución a lo largo de los años, de manera que la evolución de las prácticas cuidadoras han estado condicionadas por muchos factores, entre ellos: el contexto cultural y social de cada época, las distintas formas de entender la salud y la enfermedad, las diferentes instituciones sanitarias y académicas, el desigual acceso al mundo del saber, las personas encargadas del cuidado de niños, familia, ancianos y enfermos y de las actividades que llevaron a cabo para cubrir sus necesidades (Collière, 1993; García Martín-Caro, 2001; Hernández Conesa, 1999; Sellán, 2009). Desde el Paleolítico, el ser humano se ha preocupado por la continuidad de la especie y del grupo en el que vive y desde este mismo momento se empieza a observar que los cuidados de la especie están directamente relacionados con la división sexual del trabajo. Las mujeres se especializan en tareas de cuidado de su prole y su familia desarrollando un papel destacado y fundamental en el mantenimiento y continuidad de la vida, y los varones se especializan en tareas de caza, pesca y construcción de herramientas y armas (Collière, 1993; García Martín-Caro, 2001; Hernández Conesa, 1999; Mosterín, 2006; Sellán, 2009). La evolución del cuidado a lo largo de la historia, ha ido pasando por diferentes etapas. En un primer momento hablaremos de la etapa doméstica del cuidado que aparece asociada al tipo de cuidados que se dispensaban en el antiguo Egipto, Mesopotamia, India, China y la cultura helénica. En estas culturas la enfermedad se consideraba un castigo divino que el hombre enfermo recibe de los dioses por violar una

ley moral. Las prácticas cuidadoras que se dan en estos pueblos se llevaron dentro del ámbito doméstico o privado. La actividad se llevaba a cabo por sirvientes, esclavos y mujeres dentro del contexto del hogar. Será en la Grecia antigua donde aparece la figura de la “partera empírica” o “nodriza”, dedicada a la atención del parto. Esta tarea era realizada de manera exclusiva por mujeres (Sellán, 2009). Las mujeres en esta etapa doméstica se encargan de garantizar la promoción y continuidad de la vida, utilizan el agua, las pieles, las plantas, el aceite para transmitir ese bienestar. Se puede decir que se encargaban de lo que ahora conocemos por Cuidados Básicos Enfermeros (García Martín-Caro, 2001; Hernández Conesa, 1995; Mosterín, 2006; Sellán, 2009). La llegada del Cristianismo y la predicación del mensaje de Jesucristo tuvo un papel fundamental en la evolución del cuidado. Así llegamos a la llamada etapa vocacional. Desde este momento se deja de cuidar al ser humano por lo que tiene y se le pasa a cuidar por ser el hijo de dios. La enfermedad se considera como una gracia del todopoderoso y al que sufre como un elegido de Dios. La dignidad del ser humano y el amor al prójimo empiezan a cobrar un especial sentido en los cuidados con los enfermos, se rompe con las barreras de lo domestico, favoreciéndose la institucionalización del cuidado enfermero basada en el concepto de ayuda al otro (Hernández Conesa, 1995; Siles, 1999; Sellán, 2009). De esta idea de servicio a los demás surge la palabra “diaconisa” palabra que sirvió para designar a las primeras enfermeras de la historia (Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966). En esta etapa, lo verdaderamente importante de las personas dedicadas al cuidado eran las actitudes que debían mostrar y mantener, debían de actuar en nombre de Dios, permanecer en el seno de la Iglesia, hacer votos de obediencia y sumisión y tener un gran sentido de la religiosidad y la caridad. Dentro de estas normas se rechazaba el contacto corporal con el enfermo. Por tanto “la enfermera” basaba sus cuidados en la palabra y en los consejos morales. Estas enfermeras tenían

muy pocos conocimientos teóricos y los procedimientos que realizaban eran muy simples. Durante esta época también aparecen colectivos laicos de mujeres dedicadas a los cuidados. Son las Beguinas y las mujeres sanadoras, que dispensaban cuidados en el hogar y en conventos. En esta época las mujeres estaban vetadas para poder recibir algún tipo de enseñanza regulada así como de poder pertenecer a gremios y cofradías y de poder tener algún tipo de acercamiento a las teorías hipocráticas y galénicas. La etapa siguiente va a venir marcada por la Reforma protestante y el cierre de muchos hospitales dirigidos por órdenes religiosas. Los cuidados dejan de ser asumidos por personas de estricta religiosidad y los asumen personas “de la calle” (exconvictas, prostitutas, mujeres con necesidad de trabajar). Es en esta época cuando el pastor luterano Theodor Fliedner junto con su esposa Frederika Monster abren el primer hospital con una escuela de formación, de manera que se podría cuidar a los enfermos y sistematizar la formación de las mujeres que iban a prestar los cuidados (García Martín-Caro, 2001; Hernández Conesa, 1995; Siles, 1999; Sellán, 2009). El programa de estudios duraba 3 años y se centraba en el aprendizaje de la realización de técnicas y en la manera de organizar los hospitales. En el programa de formación existía una dinámica de rotación por las distintas unidades del hospital y se exigían unos requisitos para la admisión, (tener una edad mínima de 18 años, certificado médico de salud y moralidad, uniformidad y periodo de prueba de 3 meses a un año). Estos criterios de admisión han permanecido en vigor en España para la admisión de futuras enfermeras hasta el último tercio del siglo XX (Jamieson, Sewall, Suhrie y Maza, 1966). Posteriormente sería Florence Nightingale la que llevaría a cabo el proceso necesario para introducir el sistema de formación práctica y de instrucción de las enfermeras, e iniciar los principios de la profesionalización de la enfermería. A esta etapa del cuidado la vamos a conocer como etapa técnica. La salud es entendida como la lucha frente a la

enfermedad, la enfermera centra su atención en el enfermo como sujeto con una enfermedad. Desde el Renacimiento hasta el siglo XIX la clase médica va adquiriendo un gran conocimiento y en esta época se centran en la búsqueda de las causas de la enfermedad y en su tratamiento. Aparece gran cantidad de instrumental, de aparataje y de nuevas y complejas tecnologías con el fin de mejorar diagnósticos y tratamientos. Los hospitales se convierten en la institución única para recibir esta asistencia. Debido a esta gran complejidad tecnológica aparece un personal que empieza a asumir tareas que realizaban los médicos (análisis, medición de constantes vitales, realización de curas, administración de fármacos). A estas personas dedicadas a estos cuidados del enfermo se las denominó personal paramédico o auxiliar, puesto que la mayor parte de sus tareas eran delegadas por los médicos. Es aquí donde Collière menciona la figura de “la mujer enfermera-auxiliar del médico”, una enfermera técnica que empieza a separarse de los poderes políticos y religiosos abriéndose así una vía hacia la profesionalización de la enfermería. En los años setenta del siglo XX comienza a surgir una nueva idea del concepto salud. Tener salud ya no es la mera ausencia de enfermedad, la salud se empieza a considerar el equilibrio existente entre los individuos y su ambiente, se comienza a hablar de salud bio-psico-social donde el ser humano es visto como un todo que debe conseguir el equilibrio y la adaptación a todos los niveles en interacción con su medio. Teniendo en cuenta esta perspectiva, para atender a la salud será necesaria la intervención de distintos profesionales que se integran en un equipo multidisciplinar y que actúen y revisen los diferentes aspectos de la salud tanto a nivel individual como colectivo. Con esta certera idea en la cabeza, las enfermeras han ido ampliando su espacio de actuación. Su función ha evolucionado desde ejercer cuidados sobre el enfermo postrado en la cama de un hospital, a la ampliación de sus actividades orientadas a conseguir una mejor y mayor adaptación del ser humano a su entorno y

garantizar un mayor bienestar físico y psicológico. Asociado a este nuevo concepto de salud, las enfermeras comienzan a reflexionar sobre su profesión y sobre los objetivos. Empiezan a surgir enfermeras que investigan tanto a nivel teórico como filosófico las diferencias de su profesión, y a través del uso del método científico comienzan a ofrecer datos para independizarse de otras disciplinas. Es en este mismo momento cuando la enseñanza de la profesión se incluye en la universidad y con todos estos cambios y evolución de los cuidados enfermeros llegamos a la denominada etapa profesional de la enfermería (Hernández Conesa, 1995; Siles, 1999; Sellán, 2007).

4.10.2. Actuación de los profesionales de enfermería en el servicio de urgencias.

En un primer momento la atención del paciente en los servicios de urgencias se realizaba por estricto orden de llegada, lo cual ocasionaba que pacientes con urgencias vitales sufrieran una gran demora en ser atendidos. Por ello se instauró el método de triage para establecer un plan de priorización según las exigencias vitales de cada paciente. Fue el barón Jean D. Larrey, jefe médico de los ejércitos de Napoleón, quien habló por primera vez del concepto de triage, con el que se refirió a la categorización y clasificación de pacientes basándose en su estado de salud y atendiendo una serie de condiciones. Larrey refirió que sería importante establecer prioridades y basarnos en la severidad y pronóstico de la enfermedad para utilizar los recursos disponibles (Donohue, 2000).

Este concepto francés y establecido dentro de un contexto militar ha ido evolucionando a lo largo de los años. Actualmente en nuestro país recibe el nombre de Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes (RAC) y es la enfermera del servicio o sala de urgencias quien se encarga de este tipo de actuación con los pacientes. Los objetivos primordiales de la RAC son recibir y acoger al ciudadano, identificando y

valorando a la persona que requiere asistencia sanitaria. Tras esto se llevará a cabo una evaluación clínica rápida, realizando una anamnesis rápida, para formar una opinión sobre la gravedad del cuadro y la necesidad más o menos inmediata de atención. A continuación y si es necesario debemos realizar intervenciones enfermeras, tanto si son necesarias técnicas diagnósticas, como si se pueden iniciar intervenciones rápidas básicas (vendaje, inmovilizaciones, estudios radiológicos). En todo este proceso debemos establecer una prioridad asistencial, delimitando la gravedad del cuadro y el tiempo de espera que puede soportar el paciente. Finalmente debemos informar al paciente y familia sobre el funcionamiento del servicio y sobre el circuito de intervenciones y pruebas según su patología (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias, 1999; Aranguren y cols., 2005; García Mora, 2005).

La RAC se compone de tres fases íntimamente relacionadas. En primer lugar tenemos la fase de Recepción, donde se establece la relación enfermera-paciente, se realiza una valoración primaria del problema, se hace un reconocimiento inmediato de los signos vitales y del riesgo vital de los mismos y se llevan a cabo actuaciones de emergencia inmediatas en el caso que se crea necesario. A continuación está la fase de Acogida, donde, tras descartar la emergencia, se realiza una valoración secundaria, donde se valoran los distintos sistemas del paciente, se hace un análisis e interpretación de los datos obtenidos, se toman decisiones clínicas (actuación in situ, traslado a otro nivel/área asistencial) y se valora el nivel de gravedad y prioridad del paciente. Finalmente tenemos la fase de Clasificación, es en este momento y siguiendo criterios homogéneos cuando se establece un nivel de asistencia para el paciente, lo cual deriva en una actuación concreta. Tenemos el Nivel I que implica un riesgo potencial elevado y que requiere actuación inmediata y/o reanimación inmediata. El Nivel II donde existe un potencial deterioro y necesidad de cuidados rápidos, donde la espera no debe superar

los 30 minutos realizándose estabilización hemodinámica, exploración inmediata, aproximación diagnóstica, realización de pruebas diagnósticas y tratamiento paliativo hasta diagnóstico definitivo. El Nivel III donde no hay riesgo potencial de deterioro a corto tiempo. La espera no debe superar las 2 horas, se debe llevar a cabo la prevención de riesgos, una exploración rápida, la realización de pruebas diagnósticas y la observación en cama en la sala de urgencias. Finalmente el Nivel IV donde no hay riesgo, donde la espera no es un factor de riesgo, debemos realizar la historia clínica del paciente, realizar pruebas diagnósticas en plazos razonables, llevar a cabo una valoración de riesgos y derivación a atención primaria si procede.

En Europa y en países americanos desde 1950 se comenzó a utilizar dentro del ámbito sanitario el concepto de triage. En un primer momento eran los médicos los encargados de realizarlo. En el año 1962 en el Parkland Hospital de Dallas se empezó a contar con los profesionales de enfermería para la realización de la clasificación y/o triage de pacientes (Fortes, Suserud, Jonsson y Lundberg, 2009). A lo largo del tiempo han ido surgiendo variadas y numerosas escalas de triage que se han ido adaptando a las necesidades de países y población (Fortés y cols., 2009). The australasian triage scale (ATS), the Canadian triage and acuity scale (CTAS), the emergency severity index (ESI) escala utilizada actualmente en los servicios de urgencias de Estados Unidos, the Manchester triage scale (MTS) usada en Reino Unido e Irlanda, en todas ellas son los profesionales de enfermería en colaboración con sus compañeros médicos los encargados de realizar el triage del paciente que acude a los servicios sanitarios de urgencias (Fortés y cols., 2009; Gómez-Jiménez, 2003).

Con respecto a la actuación de los profesionales sanitarios en los servicios de urgencias se lleva investigando en nuestro país desde la década de los 90. Un estudio realizado en 1994 en el hospital de Elche con 3709 personas atendidas evidencia que a

los pacientes varones se les atendió y se les diagnóstico más rápido (29 minutos, 86 minutos) que a las pacientes mujeres (35 minutos, 76 minutos) (Ruiz-Cantero y cols., 1995). También el estudio RESCATE, ya mencionado, observó que cuando hombres y mujeres llegaban al servicio de urgencias con la misma sintomatología, los procedimientos terapéuticos así como los procedimientos de investigación para conocer la extensión del problema, fueron diferentes en los hombres que en las mujeres. Este mismo estudio demostró que se tarda una hora más en atender a las mujeres con esta patología que a los hombres (Marrugat y cols., 1998). Similares datos con respecto al retraso en la atención, derivación y diagnóstico en los servicios de urgencias se han encontrado en estudios realizados en España, Europa y América (Bassan y Gibler, 2001; Bolívar y cols., 2013; Gargano, 2009; Grech y cols., 2001; McInnes, 2008; Pelletier y cols., 2014). No existen muchos estudios realizados con profesionales de enfermería en el servicio de urgencias que nos permitan conocer más sobre la toma de decisiones en el triage con pacientes (Arslanian-Engoren, 2009; Arslanian y cols., 20011; Kuhn, Page, Davidson y Worrall-Carter, 2011; Kuhn, Page, Rolley y Worrall-Carter, 2014). En el año 2000 y 2009 Arslanian-Engoren realizó estudios cualitativos descriptivos con grupos de enfermeras donde mediante el método Krueger evidenció los diferentes aspectos que influían en las decisiones tomadas por los profesionales al realizar el triage del paciente con problemas cardíacos. Se observó que tanto variables del paciente (síntomas, género, historia clínica) como del profesional (conocimientos, estereotipos, experiencia) determinaban las decisiones de los profesionales del servicio. En 2001 Arslanian-Engoren realizó un estudio no experimental descriptivo con enfermeras de triage en el servicio de urgencias de Michigan y Ohio, encontrando que cuando se presentaban viñetas de pacientes con una batería de síntomas, pero diferente género y edad, las enfermeras del servicio tomaban diferentes decisiones en función del género y

la edad del paciente. Se observó que a los varones de mediana edad se les diagnosticaba con mayor probabilidad de problema cardíaco, se les atendía con mayor urgencia y se les facilitaba más rápidamente un ingreso hospitalario en cama que a las mujeres de la misma franja de edad. En edades avanzadas no se vieron diferencias de atenciones en función del género. En 2005 y 2007 estudios similares evidenciaron que los profesionales de enfermería utilizaban diferentes reglas en el triage de hombres y mujeres con iguales síntomas (Arslanian-Engoren, 2005; Arslanian-Engoren y Engoren, 2007). Actualmente se han realizado varios análisis de la literatura sobre este tema, evidenciándose que existían pocos estudios a este nivel e indicando que la edad, el género y los síntomas del paciente determinaban las decisiones de los profesionales de enfermería en los servicios de urgencias (Kuhn y cols., 2011; Kuhn y cols., 2014). A la vista de estos datos parece que es necesario seguir indagando más acerca de cómo los profesionales de enfermería realizan el triage de pacientes de diferente género que acuden al servicio de urgencias con idéntica sintomatología.

PARTE EMPÍRICA**5. OBJETIVOS**

A la vista de los datos ofrecidos en los apartados anteriores, parece que la literatura ofrece evidencias de la existencia de un sesgo de género en salud, tanto en la ECV como en los problemas de Salud Mental. Sin embargo la investigación realizada con profesionales de enfermería en Europa y en nuestro país parece ser escasa. Como ya hemos visto son dichos profesionales los encargados de recibir y clasificar a los pacientes que acuden a los servicios de urgencias y por tanto sería interesante poder conocer más a este nivel. También parece que las investigaciones ofrecen pocos datos sobre cómo es el proceso de adquisición de estos sesgos en los profesionales sanitarios y la relación que tendría con su edad, su experiencia profesional y su proceso formativo.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos la investigación que planteamos pretende conocer si el género de los pacientes así como el género de los profesionales/estudiantes de enfermería en una muestra de hospitales españoles y franceses son variables que determinan el diagnóstico clínico y los cuidados que los profesionales dan a sus pacientes. También planteamos conocer si los años de experiencia profesional, la edad y el proceso de formación de los profesionales y estudiantes sanitarios tienen algún efecto sobre los sesgos de género en salud.

Los objetivos específicos de este estudio serán:

1. Comprobar la influencia que el género del paciente tiene en el establecimiento de un primer diagnóstico clínico ante síntomas similares en pacientes de distinto género.

Objetivos

2. Identificar si la atención y el tipo de cuidados que prestan los profesionales sanitarios a pacientes con iguales síntomas está determinada por la aparición de un sesgo de género.
3. Conocer si este posible sesgo de género afecta por igual al trabajo de profesionales de distinto género.
4. Averiguar el efecto que los años de experiencia profesional tienen sobre los posibles sesgos de género.
5. Comparar los datos obtenidos en el estudio francés con los datos obtenidos en el estudio español.
6. Conocer el efecto que el nivel de formación de los estudiantes tiene sobre los posibles sesgos de género.
7. Comparar los datos obtenidos por profesionales sanitarios y por estudiantes de enfermería con respecto a los posibles sesgos de género.
8. Averiguar cómo los diferentes niveles de formación de profesionales y estudiantes se relacionan con los sesgos de género.
9. Conocer el efecto que la edad de los profesionales y estudiantes sanitarios tiene sobre los posibles sesgos de género.

6. HIPÓTESIS

A la vista de todos los datos ofrecidos en el marco teórico de este trabajo nuestras hipótesis son:

1.- El primer diagnóstico clínico que ofrecerán los profesionales sanitarios ante un paciente con un conjunto de síntomas estará determinado por el género del paciente.

- 1a: Si el paciente es de género masculino, ante los mismos síntomas, el profesional otorgará un diagnóstico de problema cardiovascular.
- 1b: Si el paciente es de género femenino, ante los mismos síntomas, el profesional otorgará un diagnóstico de crisis de ansiedad.

2.- La primera atención y cuidados realizados por los profesionales sanitarios ante un paciente con un conjunto de síntomas estará determinada por el género del paciente.

- 2a: Si el paciente es de género masculino, ante los mismos síntomas, el profesional pondrá en marcha una atención o cuidado dirigida al diagnóstico.
- 2b: Si el paciente es de género femenino, ante los mismos síntomas, el profesional pondrá en marcha una atención o cuidado dirigido a la intervención terapéutica.

3.- La ocurrencia de sesgos de género en los pacientes se presentará de igual manera en profesionales sanitarios de ambos géneros.

- 3a: Igual sesgo de género en el diagnóstico clínico en enfermeras y enfermeros
- 3b: Igual sesgo de género en los cuidados y atenciones en enfermeras y enfermeros

4.- La ocurrencia de sesgos de género no mostrará un perfil diferencial en función del número de años de experiencia de los profesionales sanitarios.

- 4a: No existirá un perfil específico del sesgo de género en el diagnóstico clínico en función de la experiencia profesional.
- 4b: No existirá un perfil específico del sesgo de género en los cuidados y atenciones en función de la experiencia profesional.

5.- El primer diagnóstico clínico que ofrecerán los profesionales sanitarios franceses ante un paciente con un conjunto de síntomas estará determinado por el género del paciente.

- 5a: Si el paciente es de género masculino, ante los mismos síntomas, el profesional otorgará un diagnóstico de problema cardiovascular.
- 5b: Si el paciente es de género femenino, ante los mismos síntomas, el profesional otorgará un diagnóstico de crisis de ansiedad.

6.- La primera atención y cuidados realizados por los profesionales sanitarios franceses ante un paciente con un conjunto de síntomas estará determinada por el género del paciente.

- 6a: Si el paciente es de género masculino, ante los mismos síntomas, el profesional pondrá en marcha una atención o cuidado dirigida al diagnóstico.
- 6b: Si el paciente es de género femenino, ante los mismos síntomas, el profesional pondrá en marcha una atención o cuidado dirigido a la intervención terapéutica.

7- La ocurrencia de los sesgos de género se presentará por igual en los hospitales españoles y franceses.

- 7a: Igual sesgo de género en el diagnóstico clínico en hospitales españoles y franceses
- 7b: Igual sesgo de género en los cuidados y atenciones en hospitales españoles y franceses.

8.- No aparecerán sesgos de género en los estudiantes de enfermería que no hayan rotado por prácticas en urgencias, independientemente del género del estudiante, nivel de formación o experiencia de prácticas.

- 8a: No existirán sesgos de género para el diagnóstico clínico.
- 8b: No existirán sesgos de género para los cuidados y atenciones.

9.- Al comparar estudiantes y profesionales de enfermería, la ocurrencia de sesgos de género ocurrirá únicamente en los profesionales sanitarios.

- 9a: Existirá sesgo de género en el diagnóstico clínico exclusivamente en los profesionales sanitarios y no en los estudiantes de enfermería.
- 9b: Existirá sesgo de género en los cuidados y atenciones exclusivamente en los profesionales sanitarios y no en los estudiantes de enfermería.

10.- La ocurrencia de los sesgos de género será mayor cuanto mayor sea la experiencia profesional de los participantes.

- 10a: Mayor sesgo de género en el diagnóstico clínico cuanto mayor sea la experiencia profesional

Hipótesis

- 10b: Mayor sesgo de género en los cuidados y atenciones cuanto mayor sea la experiencia profesional

11.- La ocurrencia de los sesgos de género será mayor cuanto mayor sea la edad del profesional sanitario

- 11a: Mayor sesgo de género en el diagnóstico clínico cuanto mayor sea la edad del profesional sanitario.
- 11b: Mayor sesgo de género en los cuidados y atenciones cuanto mayor sea la edad del profesional sanitario.

7. ESTUDIO DE SESGOS DE GÉNERO Y DIAGNÓSTICOS CON MUESTRA DE PROFESIONALES EN ESPAÑA

Previous studies showed that biological differences between men and women interact with social factors, implying that both genders show different needs in health (Grif, 2012; Krieger *et al.*, 1993; Lillie-Blanton, Martínez, Taylor and Robinson, 1993; Risberg, Johansson and Hamberg, 2009; Sen, Iyer and George, 2002; Wenger, 2012). However, in many cases no different evaluations and/or treatments are made. Masculine assessments and treatments are sometimes extrapolated for women, disregarding their own specificity and needs (Healy, 1991; Ruiz-Cantero and Verbrugge, 1997; Valent, Tillati and Zanier, 2013; Valls, 2006; Wenger, 2012). Women suffer invisibility in health research, since gender is not included systematically in research studies. As a result, female health problems are assessed and treated by generalizing the findings of studies conducted with men (Healy, 1991; Ruiz-Cantero and Verbrugge, 1997; Valls, 2006). On the other hand, we found that when men and women show the same or similar symptomatic manifestations and few biological differences in the disease process, they receive different diagnoses, care and treatment (Risberg *et al.*, 2009). This lack of gender equity in health contexts seems not to be explained by biological factors, but rather by factors of social construction (Batty, Emslie, Hunt and Lewars, 2007; Grif, 2012; Ruiz-Cantero and Verbrugge, 1997, Sen, George and Ostlin, 2005).

This study provides evidence of the existence of a gender bias in health care when nurses, -professionals in charge of the *triage* in Spain and several other countries around the world (Fortes, Suserud, Jonsson and Lundberg, 2009), provide an initial clinical diagnosis of male and female patients with similar symptoms. We found that this gender bias appears equally in clinical diagnoses reported by both female and male

professional nurses. Furthermore, this bias does not seem to be related with participants' professional experience.

These findings show the need for health professionals to become aware of this patients' gender bias and to introduce a gender perspective in the daily practice of their profession. Also, training is needed to identify the specific needs than men and women may have in health environments in order to adapt the assessment and care provided.

Nowadays, there is a gap in the literature about studies taking into account the different forms of male and female disease (Diaz-Granados, McDermott and Wang, 2011; Sen *et al.*, 2002; Valls, 2000). Furthermore, the literature does not state clearly which variables may be influencing the fact that men and women, despite showing the same symptoms, are treated differently by health professionals (Grif, 2012; Kent, Patel and Varela, 2012; Sen *et al.*, 2002; Valls, 2000). As previously mentioned, this study is aimed to identify a possible gender bias committed by nursing professionals when reporting an initial clinical diagnosis in cases of mixed cardiovascular disease and anxiety crisis symptoms. For us, it is important to determine the existence or absence of this gender bias and the variables that could explain it. In this sense, we tested whether the gender of both patients and health professionals and the years of experience are variables that determine the first clinical diagnosis given to patients in the *triage*. The *Triage* is the process through which nurses classify patients and determine the urgency of treatment based on a preliminary diagnosis and the severity of their conditions (Fortes *et al.*, 2009).

In the present study, we focused on symptoms related to cardiovascular disease (CVD) and anxiety attacks. Although CVD was thought to be a disease affecting mostly men, current statistics show that women suffer higher rates than men (Álvarez-León *et al.*, 2004; Chrysohoou *et al.*, 2003; Grif, 2012; Kent *et al.*, 2012). In the U.S., The

American Heart Association published statistics on CVD in men and women. In 1993, 239,701 women (48.9%) and 250,362 men (51.1%) died from CVD. In 2006, a total of 432,709 (52.1%) women died from CVD. In 2009, 401,495 women and 386,436 men died from CVD (AHA, 2013). In Europe in 1997, there were a total of 455.7 per thousands of deaths from cardiovascular causes in women and 383.4 per thousand in men (OMS, 1999). Similarly, in Spain in 2005 according to the National Institute of Statistics, 57,723 men and 69,139 women died because of CVD. In 2008, 40,720 men and 52,189 women died because of cardiovascular problems (INE, 2008). In 2011, 16,1% of men and 22,7% of women died because of CVD (INE, 2011). In fact, heart disease is the leading cause of death in developed countries among women over 65 years old (Jancaityte and Rastenyte 2005; Grif, 2012; Kent *et al.*, 2012; Leeper and Centeno, 2012; Marrugat *et al.*, 1998; Narkiewicz, Kjeldsen and Hedner, 2006). Despite these statistics that show a higher prevalence of female deaths from CVD, the collective unconscious and women themselves still believe that heart problems are mainly a male condition/disease (Abadal, 1999; Jarvie and Foody, 2010; Mosca *et al.*, 1997; Valls, 2006).

As for the symptoms of CVD, some studies reported that women have atypical chest pain and different cardiogenic symptoms compared to men, which adds confusion to the diagnosis (CASS Study: Coronary Artery Surgery Study, Chaitman *et al.*, 1990). On the other hand, previous studies showed that gender has a strong influence on time spent seeking for help and treatment (Chang *et al.*, 2007; Lacueva-Moya *et al.*, 2008; Wenger, 2012). This gender influence is also observed in the way health professionals answer with regard to aid in diagnosis and treatment (Caidahl *et al.*, 2004, Grif, 2012; Jackson, 2008; Leeper and Centeno, 2012; Maserejian *et al.*, 2009; Risberg *et al.*, 2009). Endoy (2004) showed that professionals put less effort and establish less

diagnoses when they see female patients. As a result, all this is causing an important inaccuracy when diagnosing CVD in female patients and a higher in-hospital female mortality (Ceniceros, *et al.*, 1997; Risberg, Johansson and Hamberg, 2009; Sánchez Luis and Suárez, 2003).

In regards to mental illness, many symptoms are unknown and have not been associated with any studied or explained physical pathology, becoming dependent on professionals' subjective interpretations and gender stereotypes (Harlow *et al.*, 1999; Heilbrun, 1998; Martín, Neighbord and Griffith, 2013; McLean and Hope, 2010; Mingote, 2000). As mentioned before, most research has been conducted with men, and therefore, signs and symptoms of certain diseases in women have been disregarded. Due to this lack of knowledge, professionals are not able to identify some physical etiology, and frequently some cases are misclassified as mental or psychosomatic illnesses (Bernstein and Kane, 1981). Accordingly, women's statistics on mental illness are increased when what happened to them is unknown (Nicholson, Fuhrer and Marmot, 2005; Martín *et al.*, 2013).

Some studies suggested that women report more vague symptoms, and as, health professionals do not identify the symptoms as biologically based diseases, there is a tendency to label them as psychiatric (Valls, 2006). Accordingly, Nicholson and colleagues (2005) noted that diagnosis variability was subjected to gender factors. In this sense, they found that women complained more of fatigue than men, making women more likely to receive a diagnosis of chronic fatigue or depression. On the other hand, Llacer and Colomer (2004) found that health professionals, despite their training to identify objective symptoms of physical problems, were more likely to establish mental diagnoses for women. In this sense, several studies concluded that even when women show identical symptoms than men, women are more likely to be diagnosed

with depression and anxiety (Caidahl *et al.*, 1997; Stoppe, Sandholzer and Huppertz, 1999).

Based on all this evidence, the aim of the present study is to extend the knowledge about how nurses provide an initial clinical diagnosis of men and women attending an emergency hospital service presenting identical physical symptoms, and therefore controlling by style of reporting symptoms, in order to elucidate the cause of this possible gender bias. Thus, we aimed to discover a) whether the initial clinical diagnosis is dependent just on patient's gender; b) whether health professionals' gender or years of professional experience could explain this possible diagnosis variability. According to the label designated in the General Introduction Section, and the review of the literature showed there and also in this study, the hypotheses of this study are:

Hypothesis 1.- The first diagnosis provided by nursing professionals will depend on patient's gender.

- 1a: If patient's gender is male, nursing professionals will diagnose mainly a cardiovascular disease.
- 1b: If patient's gender is female, nursing professionals will diagnose mainly a psychological problem.

Hypothesis 3a.- The gender bias on first diagnosis provided by nursing professionals will not depend on professional's gender.

Hypothesis 4a.- The gender bias on first diagnosis provided by nursing professionals will not depend on professional's experience.

Method

Sample

The sample consisted of 150 nurses, a total of 30 men (20%) and 120 women (80%) aged between 21 and 62 ($M=37.30$), with professional experience ranging between 4 months and 40 years ($M=14.13$) from different departments. All sampled professionals are currently working in two University Hospitals and nine Health Centers in the Autonomous Community of Madrid (Spain).

Instruments

Experimental test of clinical cases: The test developed for this study consisted of three different parts. First, a set of instructions was provided in order to explain how the test should be answered. In this section, it was clarified that the test did not evaluate participants' knowledge or skills. Secondly, four short case studies were presented where four different patients had a number of mixed symptoms that could be associated both to CVD and anxiety crisis (Pérez-Arellano, 2006). Nursing professionals were asked to establish the first clinical diagnosis of these patients. Finally, the third part included a section with socio-demographic questions. Each professional had to report about their gender, age and years of professional experience. Then, we prepared two different but parallel test formats in order to control the effect that patient gender could have on the diagnosis made by nursing professionals. Patient gender was controlled by presenting the same number of cases of each gender (two males, two females) balancing the order of presentation among formats, just changing the name of the patient (male or female). More specifically, the order of presentation of the first format was: male name - female name - male name - female name; and the presentation order of the second format was: female name – male name – female name – male name.

Informed Consent: The experimental test was accompanied by an informed consent, where participants were informed about the study title and the researchers responsible for it. It was also specified the importance of the study to improve ways of diagnosing and caring for patients. In order to avoid biasing the participants' responses, and therefore the results of the study, the purpose of the study was not mentioned. This consent includes the Data Protection Act 15/1999 (BOE nº 298) ensuring that participation in the study was completely voluntary and data would be anonymous and treated only with statistical purposes.

Procedure

Two University Hospitals and nine Health Centers in the Autonomous Community of Madrid were chosen randomly. Contact was made through phone calls with the Head Nurses Department of both hospitals and with the Center Coordinator of each participating health center. A date was set to explain the research project and the procedure to run it. Upon ethical acceptance of the project by the Head Nurses of hospitals and Infirmary Areas of health centers, distribution of the experimental tests in paper format was carried out through voluntary nurses.

A total of 210 tests were distributed, 105 of which belonged to format 1 and 105 belonged to format 2. In each university hospital, 70 trials were distributed, 35 of each of the formats, all of them accompanied by informed consent. The supervisors of each service were responsible for experimental test distribution to nurses. Likewise, 70 tests were distributed among the 9 health centers. In this case, the center coordinators were responsible for the management and distribution of the tests. A date was set for the gathering of the tests in every hospital and every health center. 98 tests from the hospitals and 52 tests from the nine health centers were collected. There were a total of 150 tests (response rate of 71.42%), 74 and 76 of Format 1 and Format 2 respectively.

Design

Our study is an experimental design with random groups. In this sense, nursing professionals were randomized to receive one of two different formats (Format 1 or Format 2) of the clinical cases test. By doing so, the order of cases did not influence the responses of professionals and thus achieved balanced gender and situational consistency gender bias. In this experimental design, the clinical diagnosis was the dependent variable. Gender of patients, gender of professionals and months of work experience were the independent variables.

Data analysis

Data analysis in this study was carried out with SPSS 15.0, performing gender segmentation and stratification by professional experience years. Inter-rater agreement (Cohen's Kappa) was carried out for the codification of the data. Chi square analyses were performed to test for differences among balanced conditions (Baró and Alemany, 2000). Also, in order to check for possible patterns of association between the variables, the value of the corrected residuals Haberman (Haberman, 1973) was extracted in the analysis. These residues were distributed $N(0,1)$, using a confidence level of 0.95.

Results

Establishment of categories and inter-rater agreement.

A list was made to collect all clinical diagnostic answers that professionals completed for each clinical case (600 diagnoses: 150 multiplied by 4 clinical cases). In order to classify the list, four clinical pathology experts were randomly selected to establish the diagnostic categories. The diagnostic categories were defined as: pain, allergies, respiratory problems, heart problems and psychological problems. Then, each of these categories was associated with a numeric value that would facilitate data registration and further analysis (pain: diagnostic category 1; allergies: diagnostic

category 2; respiratory problems: diagnostic category 3; heart problems: diagnostic category 4; psychological problem: diagnostic category 5).

Once categories were developed, three different observers read separately all the tests and assigned the responses to the categories. This was done in order to ensure that categories were well established. Then, the inter-rater agreement was calculated through the Cohen's Kappa coefficient. The value of this coefficient according to Hirji and Rosove (1990) must be between -1 and 1. Landis and Koch (1977) proposed a scale interpretation in which an acceptable agreement corresponds to a value higher than or equal to 0.40, and an excellent agreement to values above 0.75. In this study, all kappa values obtained are between 0.75 and 1. These values according to Landis and Kosch (1977) are considered excellent levels of agreement between observers (Case 1: 0.94; Case 2: 1.00; Case 3: 0.95; Case 4: 0.95). Therefore, it was concluded that inter-rater agreement was very favorable, and that the diagnostic categories designed by the four clinical pathology experts were suitable for data analysis.

Results of statistical analysis

Table 1 shows results through Chi square analyses. Both male and female nursing professionals obtained significant differences in all four cases. Therefore, patient gender, professional gender and the clinical diagnosis given to the four case studies are not independent variables.

Table 1: Chi square values in the diagnostics categories to the four cases.

Professional Gender	Diagnostic Categories	Value
Male	Pearson Chi-square CASE 1	12.670*
	Pearson Chi-square CASE 2	5.593*
	Pearson Chi-square CASE 3	5.572*
	Pearson Chi-square CASE 4	12.936**
Female	Pearson Chi-square CASE 1	18.969**
	Pearson Chi-square CASE 2	8.635*

Pearson Chi-square CASE 3	10.175*
Pearson Chi-square CASE 4	8.437*

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

According to the Haberman corrected typified residuals (see Table 2), it can be noted that in the four cases male nurses reported more clinical diagnoses associated with heart problems for men, and less for women. In addition, in three out of four cases, they made diagnoses related to more psychological problems for women and significantly fewer for men. Similarly, female nurses performed more clinical diagnoses related to male heart problems in all four cases, and fewer to women, and also related more psychological diagnoses to women and significantly less to men. Moreover, in the clinical case 1, female nurses established a significantly higher number of pain diagnosis of male patients (2.8) compared to female patients (-2.8), being this the only case where there was a different significant diagnostic category from the categories of cardiac or psychological problems. Further analyses related to subcategories of diagnoses showed similar pattern. Results are compiled in the Anexos section (see Anexo 7 Estudio España).

Table 2: Values of standardized residuals corrected in Haberman in the diagnostics categories to the four cases.

Professional Gender	Diagnostic Categorie		Patient Gender	
			Male	Female
Male	Heart Problem CASE 1	Recount	8	2
		%	80.0%	20%
		Adjusted residuals	2.0	-2.0
	Heart Problem CASE 2	Recount	6	1
		%	85.7%	14.3%
		Adjusted residuals	2.4	-2.4
	Heart Problem CASE 3	Recount	8	2
		%	80%	20%
		Adjusted residuals	2.2	-2.2
	Heart Problem CASE 4	Recount	9	1
		%	90%	10%
		Adjusted residuals	3.3	-3.3
	Psychological Problem CASE 1	Recount	1	8
		%	11.1%	88.9%

Female	Psychological Problem CASE 2	Adjusted residuals	-3.2	3.2
		Recount	8	15
		%	34.8%	65.2%
	Psychological Problem CASE 4	Adjusted residuals	-2.4	2.4
		Recount	4	14
		%	22.2%	77.8%
	Pain CASE 1	Adjusted residuals	-3.6	3.6
		Recount	13	3
		%	81.3%	18.8%
	Heart Problem CASE 1	Adjusted residuals	2.8	-2.8
		Recount	25	15
		%	62.5%	37.5%
	Heart Problem CASE 2	Adjusted residuals	2.2	-2.2
		Recount	7	0
		%	100%	0%
	Heart Problem CASE 3	Adjusted residuals	2.7	-2.7
		Recount	17	9
		%	65.4%	34.6%
	Heart Problem CASE 4	Adjusted residuals	2.0	-2.0
		Recount	24	10
		%	70.6%	29.4%
	Psychological Problem CASE 1	Adjusted residuals	2.7	-2.7
		Recount	11	31
		%	26.2%	73.8%
	Psychological Problem CASE 2	Adjusted residuals	-3.6	3.6
		Recount	49	56
		%	46.7%	53.3
	Psychological Problem CASE 3	Adjusted residuals	-2.6	2.6
		Recount	26	44
		%	37.1%	62.9%
	Psychological Problem CASE 4	Adjusted residuals	-2.9	2.9
		Recount	30	41
		%	42.3%	57.7%
		Adjusted residuals	-2.3	2.3

With shading the highest percentage of recount answers

With respect to a possible patient gender bias in clinical diagnosis and the potential influence of nursing professionals' years of experience we did not find any significant pattern. The study sample was divided into four groups: from 4 months to 4 years of experience (1st group: N=38), from 4 years to 11 years (2nd group: N=37), from 11 years to 23 years (3rd group: N=37) and from 23 years to 40 years (4th group: N=38). Only 5 out of 16 total possibilities were significant. These significant results were randomly distributed among groups of experience and cases (*Case 1*: χ^2 (1, N = 38) (1st group) = 11.498, $p < .05$, and χ^2 (1, N = 37) (3rd group) = 17.910, $p < .01$; *Case 2*: χ^2 (1,

$N = 37$) (3^{rd} group) = 6.936, $p < .05$, and χ^2 (1, $N = 38$) (4^{th} group) = 10.925, $p < .01$; Case 4: χ^2 (1, $N = 38$) (2^{nd} group) = 8.831, $p < .05$), with no significant differences for any group in Case 3.

Discussion Diagnostic in Spain

Heart disease is the leading cause of death in developed countries among women over 65 years old (Jancaityte and Rastenyte, 2005; Grif, 2012; Kent *et al.*, 2012; Leeper and Centeno 2012; Marrugat *et al.*, 1998; Narkiewicz, Kjeldsen y Hedner, 2006). However, women suffering from CVD receive later clinical diagnosis and less prophylactic assistance than men (Wenger, 2012, Grif, 2012; Leeper and Centeno, 2012). Similarly, women receive more frequently anxiety and depression diagnoses (Maserejian, Link, Lutfey and Marceau, 2009; McLean *et al.*, 2010) even though recent literature on prevalence establishes similarities in anxiety and depression occurrence by gender (Martín *et al.*, 2013; McLean and Hope, 2010). In this sense, the main results of this experimental research are in line with previous studies that claim that patient's gender might explain these differences in diagnosis and assistance provided by health professionals (Lillie-Blanton, Martínez and Taylor, 1993, Sen, Iyer and George, 2002; Valls, 2000). Specifically in nurses, -professionals in charge of *triage* in several countries-, we found significant results giving different clinical diagnosis by patient's gender for 4 clinical cases in 150 professionals (600 diagnoses). In view of these results, it can be concluded that in this sample, data support the existence of a gender bias in clinical diagnosis.

As expected in regards to diagnosis category, nursing professionals made more diagnoses related to heart and psychological problems, whereas fewer diagnoses were made related to other categories such as pain, allergies and respiratory problems. Moreover, nurses significantly made more diagnoses of heart problems in male than in

female patients. Similarly, patient gender bias was committed also in psychological problem diagnoses with higher rates for female patients. Multiple studies argued that the lack of knowledge about specific female symptoms might lead professionals to perform psychosomatic diagnoses of female patients (i.e., Allen *et al.*, 1998), while gender stereotypes might influence the subjective interpretation of the symptoms (Frankenhaeuser, Lundberg and Chesney, 1991; Harlow *et al.*, 1999; Heilbrun, 1998; Mingote, 2000).

Furthermore, not only there was a lower rate of CVD diagnoses and a higher rate of psychological problems in female patients, but also this patient's gender bias was committed by both male and female nurses. To our knowledge, there are no other studies made with nurses providing this kind of evidence. Some studies conducted with medical practitioners produced similar data, indirectly related to diagnosis, where both genders are more likely to provide advice to female patients and to refer male patients to other professionals (Vega *et al.*, 1999). For this reason, data from the present study may open an interesting line of research focusing on gender bias and patient's diagnosis complementary to the current focus on patients' gender differences in nurses.

Regarding the relationship between patients' gender bias and years of experience, we did not find a significant pattern linking this bias with greater or fewer experience.

Limitations of the study and improvements

As a possible limitation, professional male nurses are underrepresented in the present sample (20%) although, nursing profession has been traditionally linked to females. Therefore, despite having fewer male nurses in the sample, it could be considered representative of the population of nursing professionals (Sellán, 2009).

Secondly, the procedure of collecting data could be improved, since this process was conducted in a personalized manner for all health services, which increased the time and dedication throughout the research process. It would be useful to assess the possibility of shortening the process using the new telecommunication technologies.

Finally, other demographic variables could be studied, such as the service where professionals work and years of professional experience in the same service. More conclusions about gender bias in diagnosis could be drawn from these data.

Future lines of research

It would be highly desirable to extend this line of research to different countries in order to investigate patients' gender bias in diagnosis in relation to professionals' gender and years of experience. Another future line would be to broaden this experimental research to other health professionals in order to elucidate to what extent this bias is related to different professions or to some kind of collective unconscious. Finally, in order to obtain more data regarding professional experience and to explore the acquisition process of this patients' gender bias, a follow-up study is proposed starting with first year nursing students.

Conclusions

In the introduction, we mentioned that men and women are treated without specificity and without equity in health environments. In our study, we found significant differences in diagnosis depending on patients' gender. We therefore conclude the existence of a patient's gender bias in order to explain the differences in clinical diagnoses that both male and female nurses established, regardless of their professional experience.

In order to reduce this diagnostic inequity, we consider it is essential to raise awareness about this bias among both health services and health professionals. Thus, a

gender perspective should be introduced in the daily practice of diagnoses (Mcgregor *et al.*, 2013) and *triage* processes. Furthermore, some studies stress the need to consider gender bias not only as a way to identify similarities and differences among symptoms by gender, but also to identify social aspects like job and family roles, and their effects in order to plan clinical assistance (Borrell *et al.*, 2011). Similarly, training programs may also address gender perspective, by introducing undergraduate and post-graduate academic plans for health sciences. In these courses, not only technical issues on clinical assistance by gender bias might be included on syllabi but also relational aspects like communication or gender socialization since they affect the way the illness process is experienced and coped with (Borrell *et al.*, 2011; McLean and Hope, 2010; Valls, 2006). Finally, scientific researchers should make a greater effort to include a representative sample of women in all trials and gender fragmented results.

In conclusion, our study focused on symptomatic manifestations to determine whether men and women showing the same symptoms are diagnosed differently causing associated health consequences. Since all national official stats across occidental countries inform of a higher prevalence of female mortality from CVD, would these data be related to the gender bias detected in diagnosis during the *triage* process? Implementing some of the previously suggested guidelines will help provide a verified answer.



8. ESTUDIO DE SESGOS DE GÉNERO Y ATENCIONES CON MUESTRA DE PROFESIONALES EN ESPAÑA

Evidence of gender bias in health care started to appear during the 1990s, particularly in the Harvard and New Haven hospitals where 60,000 cases of acute myocardial infarction (AMI) were recorded. As a result, an effort started to be made to investigate gender bias and how it affected the health care offered to men and women (Diaz-Granados, McDermott and Wang, 2011; Kent, Patel and Varela, 2012; Risberg, Johansson and Hamberg, 2009; Ruiz-Cantero, 2008; Sims *et al.*, 2010; Valent, Tillati and Zanier, 2013; Wenger, 2012).

The American Society of Medical Women defined gender bias in health as the wrong approach to equality or difference between men and women. It claimed it could lead to inequitable behaviour in health services and research, and that it could result in discriminatory and negative attitudes of one sex over the other (Ruiz-Cantero and Verdú-Delgado 2004; Wenger, 2012).

Following this, in 1991 Ayanian and Epstein conducted a retrospective study in the United States involving about 50,000 patients from Massachusetts and around 34,000 from Maryland to determine the control procedures when patients came to hospital with chest pains. Adjusting rates for age and gender difference in the procedures performed showed that far fewer diagnostic and therapeutic procedures were seen in hospitalized women than in hospitalized men. Many other studies have also documented a lower use of acute cardiovascular interventions in women: coronary angiography, cardiac catheterization, coronary revascularization techniques and arterial bypass are carried out less in women than in men. This lower use has neither been explained by age nor associated pathologies (Arber *et al.*, 2006; Grif, 2012; Leeper and Centeno, 2012;

Poisson *et al.*, 2010; Risberg *et al.*, 2009; Valent *et al.*, 2013; Wenger, 2012). But what about in a typical inpatient hospital triage system in an emergency setting?

Within the hospital system, the first stage on arrival at the emergency department is worldwide assessment by the hospital triage nurse (Fortes, Suserud, Jonsson and Lundberg, 2009). This nurse will evaluate the patient's condition, as well as any changes, and will determine their priority for admission to the Emergency Room and also for treatment. However, according to the literature reviewed on gender bias, few studies analyse the existence of a gender bias in emergency attendance, and most of them followed qualitative or cross-sectional prospective or retrospective methodologies mainly based on patients' samples. So, in order to be able to assess causality, more evidence through experimental designs is needed to be able to claim the existence of gender bias committed by health professionals in emergency settings.

Previous studies have shown that men and women fall ill differently and therefore each gender has specific health needs (Grif, 2012; Sen, Iyer and George, 2002; Valls, 2000; Wenger, 2012). Nevertheless, the care and attention received by men and women is not always adapted to these needs (Risberg *et al.*, 2009; Valls, 2000, Sen *et al.*, 2002, Sen, George and Ostlin, 2005). Some studies show that very different disease processes are treated equally in men and women, and that investigated treatments have been largely focused on men rather than on the female population, thus making women invisible in health (Healy, 1991, Ruiz-Cantero and Verbrugge 1997, Valls, 2006; Wenger, 2012). However, in contrast it has also been found that even when men and women have an identical disease process or have the same symptoms they are seen and treated very differently (Arber *et al.*, 2006; Arslanian-Engoren 2000, Ayanian and Epstein, 1991, Batty, Emslie, Hunt and Lewars, 2007, Grif, 2012, Risberg *et al.*, 2009, Ruiz-Cantero and Verbrugge 1997, Sen *et al.*, 2005, Wenger 2012). It has taken a long

time to recognize gender as related to these differences in health (Grif, 2012; Kunkel & Atchley 1996, Sen *et al.*, 2005), since there is a strong tendency in Health Sciences to merge gender biological differences between the sexes (Grif, 2012; Kunkel & Atchley 1996, Sen *et al.*, 2005). There is now the need for healthcare professionals to become aware of this distinction, to investigate the causality of these differences on healthcare provided based on gender bias, and the impact that these gender-based inequalities are having on the health of men and women (Diaz-Granados *et al.*, 2011; Kent *et al.*, 2012; McGregor *et al.*, 2013; Risberg *et al.*, 2009; Sen *et al.*, 2002; Valls, 2006).

Specifically, up to date few studies analyse the existence of a gender bias on arrival at the emergency department (ED) (Kuhn, Page, Davidson and Worall-Carter, 2011). In addition, most of them are more focused on differences in diagnosis committed by hospital triage nurses than on first care provided. One of the first studies was carried out by Arslanian-Engoren (2001) through a descriptive, nonexperimental methodology. This study focused on nurses' decision-making process in triage. Results showed that ED nurses significantly established more cardiac diagnosis, admission to an intensive care unit bed and perception of more urgent triage in middle-aged men than women. More recently Arslanian-Engoren and Engoren (2007) tried to decipher the prediction rules that ED nurses used in the triage process through a nonexperimental descriptive study. Different analyses showed that nurses used different prediction rules for triaging men and women, as a subjacent explanation of the differences detected in diagnosis. It seems that these differences in prediction rules might be related with cultural biases and stereotypes according to a qualitative study using the Krueger content analysis method (Arslanian-Engoren, 2009).

As regards care interventions, a cross-sectional study showed that only 81% of ED nurses had a goal of obtaining electrocardiogram with 10 minutes of arrival, and only

27% of participants *met all* 9 practice guidelines emphasized by American College of Cardiology/American Heart Association (Arslanian-Engoren, Eagle, Hagerty and Reits, 2011). Even though it seems that substantial undertriage occurred for both sexes, treatment time was significantly faster for men than for women according to a retrospective study from 2005 to 2010 (Kuhn, Page, Rolley and Worrall-Carter, 2014). According to a recent review article (Kuhn *et al.*, 2011), the international literature suggests that age, sex and symptoms at ED presentation affect the accuracy of nurses' triage. To what extent a gender bias would emerge if all age and symptoms at ED presentation were equal through a multi-centered experimental randomized trial with ED nurses just manipulating patient's gender?

Our study aims to provide data about the causality of inequities in care provided by ED nurses based on gender bias through an experimental design. We focus on two problems, namely cardiovascular disease (CVD) and anxiety attacks, and the pathways of care established by nursing professionals with male and female patients with the same age and clinical symptoms shared by these two problems. Then, we aim to determine whether the existence of different pathways of care and attention are dependent on patient gender, but also on nurse gender and/or on the level of professional nursing experience.

According to the label designated in the General Introduction Section, and the review of the literature showed there and also in this study, the hypotheses of this study are:

Hypothesis 2.- The first and second step of care provided by nursing professionals will depend on patient's gender.

- 2a: If patient's gender is male, nursing professionals will provide care mainly related to cardiovascular disease.

- 2b: If patient's gender is female, nursing professionals will provide care mainly related to psychological problems.

Hypothesis 3b.- The gender bias on first and second care provided by nursing professionals will not depend on professional's gender.

Hypothesis 4b.- The gender bias on first first and second care provided by nursing professionals will not depend on professional's experience.

Method

Sample

The sample size estimated was 142 participants in a total population of 1428 nursing professionals of two hospitals and nine health centers (Pita, 1996). Adjusting for a possible 30% of dropouts, 210 questionnaires, with four clinical cases each one to answer, were randomly distributed. The final sample consisted of 150 nurses, with a total of 30 men (20%) and 120 women (80%) aged between 21 and 62, with a professional experience ranging from 4 months to 40 years, and therefore resembling the total population. All professionals in the sample were working at the time at one of two university hospitals or at one of nine health centres of the Region of Madrid (Spain). The average age of nursing professionals was 37.30 years, 100% of participants were graduates in nursing and they had spent an average of 14.13 years practicing their profession.

Instruments

Experimental test of clinical cases: The test designed for our research study consisted of three distinct parts. First, a section of instructions explain the test and how to answer it. This section also highlighted that the test was not valuing the knowledge or skills of the nurses. Then, four brief clinical cases were presented in the second part. All the four different patients showed signs and symptoms shared by both CVD and anxiety attacks

diagnoses (Perez-Arellano 2006). Four experts (two physicians and two nurses) checked independently the external and case validity of each clinical case, and all of them gave the approval with no modifications. After reading each clinical case, the nursing professionals had to state the first and second steps in the care they would provide to the four patients. Finally, the third part of the test included the sociodemographic variables of the study, in which each professional had to record their gender, age and years of professional experience.

We then drew up two different test formats in order to control the effect that the patient gender variable could have on the initial care offered by nursing professionals. So, we controlled the gender of the patient presenting the same cases but changing the gender of the patient (two men, two women), and also balancing the gender order in which the cases were presented. So the Format 1 was: Male-Female-Male-Female emergency patients and the Format 2 was: Female-Male-Female-Male emergency patients. Before being used for our study, this experimental test was validated with 16 nurses in order to double-check comprehensibility and case validity.

Informed Consent: Attached to the test was the informed consent where it was made clear that the study was being carried out in the name of scientific research and to improve the way of caring for patients. In order to not bias the response of participants and therefore the results of the study, no mention was made of the reasons for studying gender bias in health. This consent included the Data Protection Act of 1999 to ensure that participation in the study was entirely voluntary and that the data would remain anonymous and be treated for purely statistical purposes.

Procedure

We randomly selected two university hospitals and nine health centres in the Region of Madrid. We contacted both hospitals and their nursing management, as well as the

corresponding divisions of each health centre. The first stage of this study consisted of setting a date to present and announce the purpose of the study and the procedure we intended to follow. Upon acceptance of the project by the nursing management of the hospitals and health areas, we then went on to test the experimental distribution of clinical cases. A total of 210 tests were distributed, -adjusted by possible dropouts (30%) and by a total population of 1428 nurses (Pita, 1996)-, 105 of which were Format 1 and 105 were Format 2.

In each university hospital 70 tests, 35 of each format, along with the informed consent were distributed. The supervisors of each service were responsible for randomly distributing the experimental test among clinical nursing professionals. Similarly, 70 tests were distributed among the nine health centres, and in this case the coordinators of the centres were responsible for the management and random distribution of the test. A date was set for the collection of the tests in each hospital and each health centre, so that nurses had enough time to process it. Finally, in the first hospital we collected 37 tests (52.86%), in the second hospital 61 tests (87.14%) and finally from the 9 health centres, we got 52 (74.29%). In total, we collected 150 tests (71.42%), 74 in Format 1 and 76 in Format 2.

Design

Our study is a multi-centered experimental study of random groups, in other words, nurses were randomized to receive two different formats (Format 1 and Format 2) balancing the patient's gender order in which the cases were presented, with four clinical patients each format (two women and two men). In this study the first and second steps of care provided to the patients were the dependent variables, while patient's gender, and the gender and amount of professional experience of the nurses were the independent variables.

Data analysis

The data analysis was performed with SPSS 20.0. Chi square analyses were developed performing gender segmentation and stratification by years of professional experience. In order to find out for possible patterns of association between the variables, the value of adjusted standardized residuals as suggested by Haberman (1973) was extracted in the contingency analysis. These residuals were distributed $N(0,1)$ using a confidence level of 0.95, so we can say that the major errors of 1.96 reveal boxes with more cases than there should be in the event if there was no gender bias, whereas the minor errors of -1.96 reveal boxes with less cases than would be expected if the variables were independent, and therefore without gender bias. Therefore, values above 1.96 or below -1.96 reveal the existence of a gender bias in the first or second steps of care provided by nursing professionals.

Results

Due to the lack of response restriction for the possible care that nursing professionals could indicate in the test, it was found that of the 150 tests answered multiplied by the 4 gender balanced clinical cases, the nurse gave on average between 1 and 4 responses (595 answers for the first step in critical care and 427 answers for the second/advanced critical care). So, for the encoding data established for each clinical case the first and second steps in care provided was denominated in letters a) and b), where each letter of the tag set corresponded to the number of responses given by the nursing professional in each case, allowing us to check the data in strict order of appearance. The results we offer correspond to the first and second steps of initial care provided as all of nursing professionals gave these two actions for at least one of the four clinical cases, prioritizing between the first and advance interventions in care.

Establishment of categories and interrater agreement

We made a list to collect all responses regarding the care nurses would provide for each clinical case. We randomly selected four clinical pathology experts to establish the categories of care in order to collect and synthesize all the answers found in the evidence analysed. The categories of care and attention that were defined were: CVD care steps (electrocardiograms, vital signs monitoring, blood tests ...) and anxiety attacks care steps (calming and talking to the patient, treatment with oxygen, anxiolytic administration ...) These categories were then assigned a numerical value, allowing us to record the data for subsequent analysis.

Then, interrater agreement was conducted with three different observers to ensure that the data found and the categories assigned were well established. The three observers read all the answers and assigned the responses to the established categories, so we could see to what extent all observers concurred with each other. To control the possible agreements between observers due to chance, we decided to calculate interrater agreement using Cohen's kappa coefficient. This index allows us to see the agreement exhibited by the observers and also to take into account the agreements that appear by chance. The value of this coefficient according Hirji and Rosove (1990) must be between -1 and 1. Landis and Koch (1977) proposed a scale of interpretation which considers a value greater than or equal to 0.40 as acceptable and values greater than 0.75 as excellent. In the kappa values obtained we note that 15 values (93.75%) out of a total of 16 values provided results between 0.75 and 1 (75% -1%). These values according to Landis and Kosch (1977) are considered excellent percentages of agreement between observers. We obtained one value below 0.75 (6.25%) but as it was above 0.40, these authors interpret it as an acceptable value of agreement. So, we can conclude that interrater agreement was very favourable, with 93.75% of the values

falling within the ‘excellent’ range. With this data we can say that the categories of initial care designed by the four experts were satisfactory for the data analysis.

Results of statistical analysis

First of all, we wanted to check if there was any significant effect due to the gender order of presentation between Format 1 and Format 2. Chi square values revealed no order of presentation effect for both categories of care provided (CVD care: $\chi^2(4, N = 150) = 2.093, ns.$; Anxiety attack care: $\chi^2(4, N = 150) = 4.603, ns.$).

Testing causality of gender bias in the first step of care, chi square values were found to be significant in two of the four clinical cases for both genders of professionals (Clinical case 2: $\chi^2(1, N = 30) = 10.804, p < .01$ (male nurses), $\chi^2(1, N = 119) = 6.166, p < .05$ (female nurses); Clinical case 4: $\chi^2(1, N = 29) = 10.208, p < .01$ (male nurses), $\chi^2(1, N = 119) = 8.435, p < .05$ (female nurses)). Furthermore, they were significant in all four cases for male professional nurses in the second step of care (Clinical case 1: $\chi^2(1, N = 30) = 4.848, p < .05$; Clinical case 2: $\chi^2(1, N = 30) = 11.68, p < .001$; Clinical case 3: $\chi^2(1, N = 30) = 4.267, p < .05$; Clinical case 4: $\chi^2(1, N = 29) = 5.130, p < .05$). Therefore we can say that in the sample studied, in two of the four cases, patient gender and the first category of initial care are not independent of each other. So, a gender bias explained the type of first care provided by nurses in an emergency department. Furthermore, as the pathway of care advances, significant differences based on the gender of the nursing professional also start to be seen in this patients’ gender bias for all clinical cases.

Table 1: *Values of Chi-square and Haberman standardized residuals corrected in the categories of care and attention of the four clinical cases in the first step of care in an emergency department.*

Professional gender			Gender of the patient	
			Male	Female
Male	Chi-square CASE 1	3.281		
	CVD care	Recount (%)	13 (65%)	7(35%)
		Adjusted residuals	1.8	-1.8
	Anxiety attack care	Recount (%)	3 (30%)	7 (70%)
		Adjusted residuals	-1.8	1.8
	Chi-square CASE 2	10.804**		
	CVD care	Recount (%)	10 (83.3%)	2 (16.7%)
		Adjusted residuals	3.3	-3.3
	Anxiety attack care	Recount (%)	4 (22.2%)	14 (77.8%)
		Adjusted residuals	-3.3	3.3
	Chi-square CASE 3	.089		
	CVD care	Recount (%)	10 (55.6%)	8 (44.4%)
		Adjusted residuals	.3	-.3
	Anxiety attack care	Recount (%)	6 (50%)	6 (50%)
		Adjusted residuals	-.3	.3
	Chi-square CASE 4	10.208**		
	CVD care	Recount (%)	12 (75.0%)	4 (25%)
		Adjusted residuals	3.2	-3.2
	Anxiety attack care	Recount (%)	2 (15.4%)	11(84.6%)
		Adjusted residuals	-3.2	3.2
Female	Chi-square CASE 1	.099		
	CVD care	Recount (%)	39 (49.4%)	40 (50.6%)
		Adjusted residuals	.3	-.3
	Anxiety attack care	Recount (%)	19 (46.3%)	22 (53.7%)
		Adjusted residuals	-.3	.3
	Chi-square CASE 2	6.166*		
	CVD care	Recount (%)	28 (66.7%)	14 (33.3%)
		Adjusted residuals	2.5	-2.5
	Anxiety attack care	Recount (%)	33 (42.9%)	44 (57.1%)
		Adjusted residuals	-2.5	2.5
	Chi-square CASE 3	8.435**		
	CVD care	Recount (%)	44 (59.5%)	30 (40.5%)
		Adjusted residuals	2.9	-2.9
	Anxiety attack care	Recount (%)	14 (31.8%)	30 (68.2%)
		Adjusted residuals	-2.9	2.9
	Chi-square CASE 4	1.250		
	CVD critical care	Recount (%)	41 (56.2%)	32 (43.8%)
		Adjusted residuals	1.1	-1.1
	Anxiety attack care	Recount (%)	21 (45.7%)	25 (54.3%)
		Adjusted residuals	-1.1	1.1

*p<.05, **p<.01,***p<.001 / With shading the highest percentage of recount answers

If we analyse the adjusted standardized residuals in the first step of care, we find that in two of the four cases the male nurses performed more CVD care steps

(electrocardiograms, vital signs monitoring, blood tests ...) for male patients (3.3, 3.2), whilst they performed less for women (-3.3, -3.2). Furthermore, in two of the four cases significantly more anxiety attack care steps (calming and talking to the patient, treatment with oxygen, anxiolytic administration ...) was offered to women (3.3, 3.2) than to men (-3.3, -3.2). Similarly, in two of the four cases the female nursing professionals performed more CVD care steps for male patients (2.5, 2.9) and fewer for women (-2.5, -2.9), whilst anxiety attack care steps for female patients was much higher (2.5, 2.9) than it was for men (-2.5, -2.9). The rest of the cases showed similar tendency both for male and female nurses.

We also identified all four cases in the second step of care with significant results. Male nursing professionals opted for more CVD care steps for male patients (2.2, 3.4, 2.1, 2.3) and less for female patients (-2.2, -3.4, -2.1, -2.3), and they also provided more anxiety attack care steps for female patients (2.2, 3.4, 2.1, 2.3) and less for male patients (-2.2, -3.4, -2.1, -2.3). These results cannot be explained due to professionals' gender differences related to the number of dropouts giving a second step in care due to the absence of significant differences (Clinical case 1: χ^2 (1, N = 150) = 2.434, *ns.*; Clinical case 2: χ^2 (1, N = 149) = 1.334, *ns.*; Clinical case 3: χ^2 (1, N = 148) = 3.123, *ns.*; Clinical case 4: χ^2 (1, N = 148) = 2.658, *ns.*). Further analyses related to subcategories of types of care showed similar pattern. Results are compiled in the Anexos section (see anexo Estudio España).

Table 2: *Values of Chi-square and Haberman standardized residuals corrected in the categories of care and attention of the four clinical cases in the second step of care in an emergency department*

Professional gender	Gender of the patient		
		Male	Female
Male	Chi-square CASE 1	4.848*	
	CVD care	Recount (%)	9 (81.8%) 2 (18.2%)
		Adjusted residuals	2.2 -2.2

	Anxiety attack care	Recount (%)	3 (33.3%)	6 (66.6%)
		Adjusted residuals	-2.2	2.2
	Chi-square CASE 2	11.680**		
	CVD care	Recount (%)	7 (87.5%)	1 (12.5%)
		Adjusted residuals	3.4	-3.4
	Anxiety attack care	Recount (%)	1 (9.1%)	10 (90.9%)
		Adjusted residuals	-3.4	3.4
	Chi-square CASE 3	4.267*		
	CVD care	Recount (%)	7 (70%)	3 (30%)
		Adjusted residuals	2.1	-2.1
	Anxiety attack care	Recount (%)	1 (16.1%)	5 (83.3%)
		Adjusted residuals	-2.1	2.1
	Chi-square CASE 4	5.130*		
	CVD care	Recount (%)	6 (85.7%)	1 (14.3%)
		Adjusted residuals	2.3	-2.3
	Anxiety attack care	Recount (%)	3 (30%)	7 (70%)
		Adjusted residuals	-2.3	2.3
Female	Chi-square CASE 1	2.562		
	CVD care	Recount (%)	35 (52.2%)	32 (47.8%)
		Adjusted residuals	1.6	-1.6
	Anxiety attack care	Recount (%)	10 (34.5%)	19 (65.5%)
		Adjusted residuals	-1.6	1.6
	Chi-square CASE 2	1.722		
	CVD care	Recount (%)	23 (59%)	16 (41%)
		Adjusted residuals	1.3	-1.3
	Anxiety attack care	Recount (%)	22 (44.9%)	27 (55.1%)
		Adjusted residuals	-1.3	1.3
	Chi-square CASE 3	1.013		
	CVD care	Recount (%)	31 (56.4%)	24 (43.6%)
		Adjusted residuals	1.0	-1.0
	Anxiety attack care	Recount (%)	13 (44.8%)	16 (55.2%)
		Adjusted residuals	-1.0	1.0
		Chi-square CASE 4	.266	
	CVD care	Recount (%)	33 (54.1%)	28 (45.9%)
		Adjusted residuals	.5	-.5
	Anxiety attack care	Recount (%)	13 (48.1%)	14 (51.9%)
		Adjusted residuals	-.5	.5

*p<.05, **p<.01,***p<.001 / With shading the highest percentage of recount answers

With respect to gender bias and its relationship with the amount of the professional's experience, we established four different groups to classify the level of professional experience (4-48 months, 56-132 months, 144-276 months, 288-480 months). Some groups, most of them related to medium levels of professional experience, showed also significant results.

Table 3: *Chi square values in the categories of care and attention of the four clinical cases by professional experience.*

Professional experience	Case 1	Case 2	Case3	Case 4
4-48 months	1.998	1.799	5.290*	.354
56-132 months	.491	3.838*	1.092	5.143*
144-276 months	6.217*	7.537**	6.311*	2.520
288-480 months	.062	1.021	.383	.371

*p<.05, **p<.01,***p<.001

Discussion Care in Spain

In view of the results we found that in two of the four cases there were significant results for the initial care provided to both male and female patients. We observed similar tendency in non-significant values (see Table 1 and 2) and we also observe similar patterns for these differences in both female and male nursing professionals. The professionals, whether they are men or women, use more CVD care steps related to electrocardiograms, vital signs monitoring or blood tests for male patients and more anxiety attack care steps related to calming and talking to the patient, treatment with oxygen or anxiolytic administration with female ones. Our data seems to support the results of previous studies on the differences in healthcare and where, as detailed in the introduction, it appears that men and women have received very different care and treatment despite having very similar symptoms (Ayanian and Epstein, 1991, Batty, Emslie *et al.*, 2007, Grif 2012, Risberg *et al.*, 2009, Ruiz-Cantero & Verbrugge 1997, Sen *et al.*, 2005, Wenger 2012). Nonetheless, we found that as the pathway of care for the patients of the four clinical cases advanced, professional male and female nurses provided different types of care. We note that in the second step of the initial care, significant results in all four cases were seen for male nursing professionals. Therefore, it seems that when it comes to go further in the care, male nurse professionals show more gender bias than their female counterparts. Previous studies with physicians report that the way of caring for patients may vary depending on the gender of the practitioner

(Adams *et al.*, 2008, Markez, 2004; Polit and Beck, 2012). Professional women seem to include more aspects in their social-emotional interviews, they tend to talk more about psychosocial issues, ask their patients more questions, offer more feedback and be less direct than male health professionals (Adams *et al.*, 2008; Roter, Hall and Aoki, 2002). These differences in the way in which professional men and women care for patients could be explained by sociocultural variables associated with care, since in most cultures ‘care’ has traditionally been linked to the female gender (Borrell *et al.* 2011, Hernández Conesa, 1999, Polit and Beck, 2009, Polit and Beck, 2012).

With respect to gender bias and its relationship with the amount of the professional’s experience, we noted that in three of the four cases the groups with a medium and medium-high level of professional experience (56-132 months to 144-276 months) obtained significant results. Perhaps, these results could be explained by variables related to burnout syndrome and professional burnout, as studies indicate that nurses with a professional experience of 11 to 15 years show higher levels of burnout (Bartolome, Aguilera and Cristobal, 2000, Pera and Serra-Prat, 2002). Thus, this could be the range of professional experience in which the greatest gender biases could easily emerge, since the depersonalization and cynicism with the recipients associated to the burnout syndrome led to the professionals not to pay attention to their patients and to feel less committed gathering relevant information related to signs and symptoms (Furumura and Ishitake, 2012; Ortega and López, 2004).

Limitations of the study and improvements

One limitation of our study was the sample of nursing professionals that participated in it, as there was a lower representation of professional male nurses (20%) than female nurses (80%). However, although there were differences in gender-number of professional participants, the sample was representative of the gender in the nursing

population, given it is a profession in which gender is predominantly female (Health Ministry of Spain, 2012)

Secondly, the delivery and collection of the experimental evidence of the clinical cases was done physically by all health services. This obviously required more time and effort than if we had used an on-line method. This is something we will value for future studies.

Finally, to improve the study in future, additional demographic variables could be included in order to obtain more results and learn more about such differences in health and therefore increase the number of variables related to gender bias research.

Future lines of research

In order to continue providing data on gender bias, it is essential to continue conducting these types of studies in other hospital services in Spain and other countries so that results can be evaluated and compared. In these studies of care and attention to patients, it would be important to continue investigating the situation in other health professions and see if the findings are specific to nurses or appear in other healthcare professions. Finally, in order to provide more data on how such care is related to the degree of expertise, we could include undergraduate students in Health Sciences in the study to see what results they offer in terms of gender bias.

Conclusions

With our study we found that in the sample and pathologies mentioned there are significant differences in the first step of initial care and attention depending on patient gender. Therefore, we could argue that the gender bias factor explains the differences in the care provided by nursing professionals in an emergency department. Furthermore, this gender bias seems to be higher in male nurses when it comes to establishing the pathway of care.

It is essential to present these results to the scientific community and health professionals to begin to introduce a gender perspective in health. Including this gender perspective would require breaking down and disaggregating data by gender, defining and measuring gender variables carefully and having a representative number of women in the study samples. It would also require a greater effort in encouraging women to go into the field of Health Science investigation. With regard to health professionals, it is essential that they receive the adequate training with respect to the differences and similarities that men and women have in health and disease processes. By doing this, professionals may become aware of the inequalities that have been committed in terms of health and thus implement strategies to eliminate them. It would therefore be highly desirable that in the curriculum of Health Science undergraduates and graduates, this gender perspective be carefully taken into account in order to offer men and women the care and attention they really need based on their exact requirements in terms of gender and equality.

9. ESTUDIO DE SESGOS DE GÉNERO EN DIAGNÓSTICOS Y ATENCIONES CON MUESTRA DE PROFESIONALES EN FRANCIA

A continuación pasamos a presentar un tercer estudio que nos permita conocer más acerca de los sesgos de género en salud a nivel internacional. A la vista de los resultados obtenidos con la muestra de profesionales españoles en hospitales madrileños, parece que sería interesante poder seguir avanzando y conociendo más al respecto de las variables que podrían estar determinando esto. El objetivo de este estudio es conocer qué ocurre con estos sesgos fuera de nuestro país y así poder valorar si los resultados encontrados en la capital española van en la misma o diferente dirección de los que encontremos en la capital de otro país europeo con características culturales similares. Con este estudio queremos conocer cómo los profesionales de enfermería franceses diagnostican y realizan cuidados con pacientes que presentan una batería de síntomas compartidos por la crisis de ansiedad y la Enfermedad Cardiovascular (ECV) en ambos géneros. De igual manera que en el estudio español queremos conocer la relación que estos diagnósticos y cuidados tienen con el género del paciente, el género del profesional y los años de experiencia de los profesionales. Obtener estos datos nos permitirá delimitar conclusiones acerca de semejanzas y diferencias entre ambos países teniendo siempre en cuenta la similitud y diferencia culturales entre ambos.

Según lo establecido por el GLOBAL study en lo referente a los *clusters* culturales, observamos que tanto España como Francia figuran dentro del mismo *cluster* denominado Europa Latina, junto con otros países como Italia, Portugal, Suiza-francófona e Israel (House y cols., 2004). En este mismo estudio también podemos observar nueve dimensiones que nos permiten valorar diferencias y similitudes en

normas, valores y creencias entre los diferentes países del mundo. Dentro de las dimensiones establecidas (Ronen y Shenkar, 1985; Inglehart, 1997; Schwartz 1999) resultan de especial importancia para nuestro trabajo las relacionadas con el cuidado de las personas así como la relacionada con las inequidades de género, cuya similitud en las puntuaciones les lleva a pertenecer al mismo cluster. Por otra parte, en el estudio llevado a cabo por el *Hofstede Center* (Hofstede, 2001; Hofstede, 2009) entre Francia y España también se observa una gran similitud en tres de las seis dimensiones establecidas (masculinidad, evitación de la intertidumbre e indulgencia), junto con puntuaciones algo superiores en Francia con respecto a las otras tres dimensiones (individualismo, pragmatismo y distancia de poder). Si comparamos España con el resto de países del mismo *cluster* observaremos que las diferencias en las seis dimensiones son mayores que las encontradas entre Francia y España. Por tanto parece que no existen marcadas diferencias culturales entre ambos países incluso en la comparación dentro de los miembros del mismo *cluster*. Con el estudio que presentamos a continuación queremos ahondar más acerca de estas similitudes culturales y su relación con una posible presencia de sesgos de género en contextos de salud.

En la mayoría de países se utilizan diferentes escalas de triage de pacientes donde el profesional de enfermería es el encargado de esta recepción, atención y clasificación de pacientes (Fortes, Suserud, Jonsson and Lundberg, 2009). En Francia desde Mayo de 1991 se definió el rol de la Enfermera de acogida y orientación (IAO) la cual es la encargada de recibir a los pacientes a la entrada del servicio de emergencias y clasificarlos según su gravedad para que posteriormente puedan ser atendidos por un profesional médico. La IAO en Francia tiene funciones de gran responsabilidad y mucha autonomía en la valoración de pacientes ya que como primera receptora del paciente tiene un papel fundamental en el primer diagnóstico clínico y en los primeros

cuidados que se realicen a los pacientes (Divorne, 2003). La clasificación de los pacientes en los hospitales de Francia, al igual que vimos que ocurría en los hospitales españoles, se realiza según diferentes escalas de triage adaptándose a cada hospital en función de sus particularidades. Parece que la *Australian Triage Scale*, la *Echelle de tri de Genève* y la *Classement Infirmière des Malades des Urgences* (CIMU) son las escalas más utilizadas por los profesionales de enfermería en Francia (Simon y Fery, 2001; Swinnen y cols., 2002). De manera que según indican los estudios, las funciones y responsabilidades del profesional de enfermería en el triage de pacientes en Francia y España serían muy similares (Divorne, 2003; RAC, 1999).

En cuanto a los índices de mortalidad y diagnóstico, como ya hemos evidenciado al introducir esta tesis parece que tanto en España como en el resto de países fallecen más mujeres por ECV (AHA, 2013; INE, 2008; INE, 2011). Sin embargo los estudios indican que a las pacientes mujeres con ECV se les diagnostica más tarde y se les atiende y previene menos en su proceso de enfermedad que a los pacientes varones (Wenger, 2012, Grif, 2012; Leeper y Centeno, 2012). De igual manera parece que en el ámbito de la Salud Mental, las mujeres tienen más probabilidad de ser diagnosticadas de ansiedad y depresión (Maserejian y cols., 2009; McLean y Hope, 2010). Sin embargo, los estudios recientes empiezan a ofrecer datos donde a nivel estadístico parece que hombres y mujeres tenderían a igualarse en cuanto a la probabilidad de sufrir tanto ansiedad como depresión, pero con sintomatología, manifestaciones y estilos de afrontamiento diferentes según su género (Martín, Neighbors and Griffith, 2013; McLean y Hope, 2010).

En Francia según datos estadísticos del *Centre D'épidémiologie sur les causes médicales de décès* (CépiDc) y del *Institut National de la statistique et des études économiques* parece que los últimos datos informados en diagnósticos sobre problemas

del aparato circulatorio/vascular (año 2012) se ofrecen en mayor porcentaje en pacientes de género masculino y que los diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento se ofrecen en mayor medida en pacientes de género femenino. Según estos datos epidemiológicos, los cuales aparecen fragmentados por género y edad, los diagnósticos sobre problemas del aparato circulatorio/vascular en pacientes de menos de 25 años son del 0,5% para pacientes varones y del 0,6% para paciente mujeres; en el rango de edad de 25 a 65 años aparecen un 20,1% de diagnósticos cardiovasculares para pacientes varones y un 11,6% en mujeres; y finalmente en edades superiores a los 65 años, aparece un 59,6% de diagnósticos en varones frente a 51,7 % en las pacientes mujeres. De manera que salvo en los porcentajes de edades más jóvenes parece que los profesionales sanitarios franceses según datos estadísticos del CépiDc ofrecen más diagnósticos cardiovasculares a los pacientes varones que a las pacientes mujeres. Sin embargo, al consultar los últimos datos estadísticos de causa de muerte en este mismo centro (año 2011) parece que fallecieron por motivos cardiovasculares un total de 64.325 (24%) varones frente a 73.842 (28%) mujeres. De manera que a la vista de estos datos, y de manera similar a lo detectado en España, parece que podemos decir que el número de muertes por problemas cardiovasculares en las mujeres francesas es mayor que en los varones, aunque los profesionales franceses diagnostican menos este problema en la población femenina. Con respecto a los últimos datos del CépiDc (año 2012) acerca de los diagnósticos ofrecidos de trastornos mentales y del comportamiento parece que en personas menores de 25 años un 1,9% de varones y un 2,2% de mujeres reciben dicho diagnóstico. En el rango de edad de 25 a 65 años un 14,6% de varones frente al 15,9% de mujeres, y finalmente en edades superiores a 65 años un 8,2% de varones y un 14,7% de mujeres son diagnosticados con estos problemas. Con respecto a estadísticas de fallecimiento por causa mental el CépiDc ofrece únicamente datos del

número de suicidios y en estos datos podemos ver que para el año 2011 un total de 10.359 varones y 2.605 mujeres fallecieron por este motivo. Parece que las mujeres reciben más diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento, sin embargo las muertes por suicidio son más numerosas en varones. De manera que como podemos observar los datos facilitados por el CépiDc irían en igual dirección que los datos encontrados en España y en los estudios expuestos para introducir el tema.

El hecho de que fallezcan más mujeres por ECV podríamos explicarlo por varios motivos. Por un lado parece evidente que en Francia los profesionales diagnostican menos ECVs a las mujeres. Y por otro esto podría estar retrasando el diagnóstico diferencial y por tanto la calidad y la cantidad de las atenciones ofrecidas así como los tiempos necesarios para ello. Lo que de manera conjunta llevaría a un mayor riesgo de estas pacientes. Sin embargo, la confirmación de estas hipótesis requeriría un diseño experimental como el que presentamos a continuación, donde la manipulación del género del paciente lleve a diagnóstico y cuidados diferenciales realizados durante el proceso de triage de los profesionales de enfermería franceses. Por lo tanto nuestras hipótesis, siguiendo la numeración establecida en la sección general de introducción, son:

Hipótesis 5- El primer diagnóstico clínico que ofrecerán los profesionales sanitarios franceses ante un paciente con un conjunto de síntomas estará determinado por el género del paciente.

- 5a: Si el paciente es de género masculino, ante los mismos síntomas, el profesional otorgará un diagnóstico de problema cardiovascular.
- 5b: Si el paciente es de género femenino, ante los mismos síntomas, el profesional otorgará un diagnóstico de crisis de ansiedad.

Hipótesis 6.- La primera atención y cuidados realizados por los profesionales sanitarios franceses ante un paciente con un conjunto de síntomas estará determinada por el género del paciente.

- 6a: Si el paciente es de género masculino, ante los mismos síntomas, el profesional pondrá en marcha una atención o cuidado dirigida al diagnóstico.
- 6b: Si el paciente es de género femenino, ante los mismos síntomas, el profesional pondrá en marcha una atención o cuidado dirigido a la intervención terapéutica.

Además a la vista de todos estos datos y teniendo en cuenta la clasificación del *Global Study* (House y cols., 2004). y el estudio de Hoefstede (Hoefstede, 2001; Hoefstede, 2009) parece que podríamos hipotetizar que los resultados en sesgos de género para profesionales de enfermería franceses y españoles podrían ser muy parecidos ya que según indican dichos estudios ambos países están incluidos dentro del *cluster* Europa Latina con valores, creencias y comportamientos muy similares (House y cols., 2004).

Hipótesis 7- La ocurrencia de los sesgos de género se presentará por igual en los hospitales españoles y franceses.

- 7a: Igual sesgo de género en el diagnóstico clínico en hospitales españoles y franceses
- 7b: Igual sesgo de género en los cuidados y atenciones en hospitales españoles y franceses.

Método

Muestra

La muestra estimada siguiendo el procedimiento para población asistencial establecido por Pita (1996) fue de 103 participantes para una población total de 723 profesionales de enfermería. Ajustando por un posible 30% de pérdidas se repartieron

aleatoriamente un total de 240 pruebas con cuatro casos clínicos cada una. La muestra final estuvo formada justamente por 103 profesionales de enfermería franceses, un total de 14 hombres (13,59%) y 89 mujeres (86,40%) con edades comprendidas entre los 21 y los 56 años de edad ($M = 34,51$ años; $SD = 9,421$) y con una experiencia profesional comprendida entre los 4 meses y los 35 años ($M = 10,87$ años; $SD = 9,02$). Para tratar de equiparar en la medida de lo posible las muestras de estudio los datos fueron recogidos igualmente en la capital del país. En este sentido, todos los profesionales incluidos en la muestra son diplomados en enfermería y actualmente trabajan en dos Hospitales Universitarios del norte y sur de la capital francesa.

Instrumentos

Prueba experimental de casos clínicos: La prueba utilizada en el presente estudio fue la misma que se utilizó en el estudio español adaptada al francés, donde se describen 4 casos clínicos breves de 4 pacientes diferentes balanceados por género que muestran una serie de signos y síntomas compartidos por la ECV y la crisis de ansiedad para ambos géneros según la literatura especializada a tal efecto (Pérez Arellano, 2006). Tal y como desarrollamos previamente, cada caso fue desarrollado por expertos profesionales en ECV y crisis de ansiedad. Tras la presentación de cada caso se pide a los participantes que establezcan un diagnóstico clínico y que describan la primera atención o cuidado a realizar. Finalmente se solicitan los datos sociodemográficos relacionados con edad, sexo, años de experiencia profesional, hospital y servicio de los participantes.

Para su utilización en Francia un traductor profesional francés llevó a cabo su traducción siendo revisada por 5 personas de habla francesa. Otro traductor profesional realizó la retrotraducción de la versión francesa al español sin evidenciarse diferencias significativas entre las versiones. Para su final validación dicha versión fue revisada por

10 profesionales de enfermería franceses que confirmaron la validez ecológica del instrumento tal y como se detectó en la versión española (ver anexo estudio Francia).

Consentimiento Informado: Junto con la prueba experimental se distribuyó el consentimiento informado en lengua francesa reflejando la Ley de protección de datos francesa del 6 de Enero del 1978 y explicando la voluntariedad y anonimato de los participantes en el estudio así como el tratamiento estadístico de los datos. También se indicaba el título del estudio, los nombres de las responsables del mismo, así como el objetivo de mejorar la profesión de enfermería sin mencionarse los sesgos de género en salud para evitar el sesgo en las respuestas (ver anexo estudio Francia).

Procedimiento

Se seleccionaron aleatoriamente dos hospitales universitarios del norte y sur de Paris (Francia). Se contactó por email con los gerentes de ambos hospitales y posteriormente se mantuvieron reuniones conjuntas con gerentes, directores de enfermería y supervisores intermedios para explicar el objetivo del estudio así como el procedimiento a seguir. Una vez aceptado el proyecto en los dos hospitales franceses se procedió a la distribución aleatoria de la prueba experimental entre los profesionales de enfermería. Se distribuyeron un total de 240 pruebas, ajustado por posibles pérdidas (30%) a una población total de 723 enfermeras (Pita, 1996). En este sentido, y con el objetivo nuevamente de evitar el sesgo de presentación, 120 de los cuestionarios distribuidos aleatoriamente fueron del formato 1 (Hombre-Mujer-Hombre-Mujer) y 120 del formato 2 (Mujer-Hombre-Mujer-Hombre). En cada hospital universitario se distribuyeron 120 pruebas, 60 de cada formato, acompañadas del consentimiento informado. Los supervisores intermedios fueron los encargados de distribuir la prueba experimental de manera aleatoria entre los profesionales de sus servicios, fijándose una fecha para la recogida de las pruebas en cada hospital. Se recogieron un total de 32

pruebas (31,06%) en el primer hospital y 71 pruebas (68,93%) en el segundo hospital. En total se recogieron 103 pruebas (42,91%), 49 pruebas del Formato 1 y 54 pruebas del Formato 2, cumpliendo así con la estimación muestral necesaria para que resultara representativa de la población de estudio.

Diseño

El estudio realizado es un estudio experimental de grupos aleatorios, ya que los profesionales de enfermería recibieron de manera aleatoria uno de los dos formatos (1 o 2) de la prueba de casos clínicos, para que así el orden de los casos no influya en las respuestas de los profesionales. Asimismo, balanceando el género se intenta conseguir una consistencia transituacional en la evaluación del sesgo de género. En esta prueba el diagnóstico clínico y los cuidados ofrecidos fueron las variables dependientes y el género del paciente, el género del profesional, los meses de experiencia profesional fueron las variables independientes.

Análisis de los datos

El análisis de los datos en este estudio, se realizó con el programa estadístico SPSS 20.0, llevándose a cabo una segmentación del género del profesional y estratificando en rango los años de experiencia del profesional. Se realizó un acuerdo interjueces para la codificación de los datos calculándose el Coeficiente Kappa de Cohen (ver anexo Estudio Francia). En el apartado de resultados ofreceremos los valores de Chi cuadrado para conocer la relación entre las variables. Además para conocer las posibles pautas de asociación entre estas, se extraerá el valor de los residuos tipificados corregidos de Haberman (1973). Estos residuos se distribuyen $N(0,1)$, por lo que utilizando un nivel de confianza de 0,95, podremos afirmar que los errores mayores de 1,96 delatarán casillas con más casos de los que debería haber en caso de

que no existiera sesgo de género; mientras que los errores menores de -1,96 delatarán casillas con menos casos de los que cabría esperar si no existiera dicho sesgo.

Resultados

Establecimiento de categorías y acuerdo interjueces

En primer lugar se realizó un listado de todas las repuestas ofrecidas por los profesionales a nivel de diagnósticos y cuidados (412 respuestas para diagnósticos y 412 respuestas para cuidados, 103 respuestas por cada pregunta de los 4 casos clínicos) (ver anexo Estudio Francia). Aleatoriamente seleccionamos cuatro expertos en patología clínica para que establecieran categorías y subcategorías de diagnósticos y cuidados. Las categorías diagnósticas definidas fueron: dolor, alergia, problemas respiratorios, problemas cardiacos y problemas psicológicos. Las categorías de cuidados fueron: Técnicas/tareas para el diagnóstico y tareas de intervención terapéutica. Las subcategorías establecidas así como los valores numéricos asignados tanto a categorías como subcategorías pueden verse en el anexo del Estudio Francia. Posteriormente se realizó un acuerdo interjueces donde tres observadores diferentes leyeron individualmente todas las pruebas y asignaron cada respuesta a las categorías y subcategorías establecidas valorándose el grado de acuerdo entre ellos. Para controlar los posibles acuerdos entre observadores debidos al azar, se calculó el Coeficiente Kappa de Cohen (ver anexo Estudio Francia). Este valor según Hirji y Rosove (1990) debe estar comprendido entre -1 y 1. Landis y Koch (1977) propusieron una escala de interpretación que considera aceptable un valor mayor o igual a 0,40 y excelente a valores superiores a 0,75. En este estudio todos los valores Kappa estuvieron comprendidos entre 0,89 y 1 (88,75% - 100%). Según lo descrito por Landis y Kosch (1977) se considera un acuerdo excelente entre observadores (Caso 1: Diagnóstico: 0,94 Cuidado: 0,96; Caso 2: Diagnóstico: 1,00 Cuidado: 0,88; Caso 3: Diagnóstico: 0,94

Cuidado: 0,92; Caso 4: Diagnóstico: 0,95; Cuidado: 0,99). A la vista de estos datos podemos concluir que el acuerdo interjueces resultó muy favorable y que las categorías/subcategorías de diagnósticos y cuidados establecidas por los 4 expertos en patología estaban correctamente diseñadas y eran aptas para el análisis de los datos.

Resultados del análisis estadístico

Resultados del estudio en categorías diagnósticas y de cuidados en Francia

En el apartado de resultados se ofrecerán los datos a nivel de categorías diagnósticas y de cuidados ofrecidos por los profesionales de enfermería en una situación clínica experimental de recepción y valoración de pacientes en los servicios de urgencias hospitalarias (los resultados a nivel de subcategorías pueden verse en el anexo del Estudio en Francia). En primer lugar se comprobó si existía algún efecto significativo debido al orden de presentación de los Formatos 1 y 2. Los valores de Chi cuadrado revelaron que no existieron efectos significativos debido al orden de presentación de los formatos, ni en categorías diagnósticas (Dolor: $\chi^2(4, N = 103) = 4.011, ns.$; Alergia: $\chi^2(4, N = 103) = .235, ns.$; P. respiratorio: $\chi^2(4, N = 103) = 2.303, ns.$; P. cardíaco: $\chi^2(4, N = 103) = 5.754, ns.$; P. psicológico: $\chi^2(4, N = 103) = 3.479 ns.$), ni en categorías de cuidados (Técnicas para el diagnóstico: $\chi^2(4, N = 103) = 1.829 ns.$; Intervenciones Terapéuticas: $\chi^2(4, N = 103) = 1.809, ns.$).

En cuanto a los valores de Chi cuadrado a nivel de categorías diagnósticas resultaron ser significativos dos de los cuatro casos clínicos en el caso de los profesionales varones ($\chi^2_{3H} = 8.000, p = .018$; $\chi^2_{4H} = 6.500, p = .039$) y en los cuatro casos clínicos en el caso de las profesionales mujeres ($\chi^2_{1M} = 17.115, p = .002$; $\chi^2_{2M} = 18.822, p = .000$; $\chi^2_{3M} = 23.232, p = .000$; $\chi^2_{4M} = 11.423, p = .010$). Por tanto, podemos afirmar que en la muestra considerada el género del profesional, género del paciente y la categoría diagnóstica dada a los cuatro casos clínicos no son independientes. Observando los residuos tipificados

corregidos de Haberman encontramos que las profesionales enfermeras en los cuatro casos clínicos ofrecen más diagnósticos de ECV a los varones y menos a las pacientes mujeres. Sin embargo, en el caso del diagnóstico de problemas psicológicos, los pacientes varones recibieron significativamente menos diagnósticos que las pacientes mujeres (ver Tabla 1). En el caso de los profesionales enfermeros los resultados son significativos en dos de los cuatro casos clínicos (caso 3 y caso 4), donde se observa más diagnósticos de problema cardiaco en pacientes varones y más diagnósticos de problema psicológico en pacientes mujeres. Los casos (1 y 2) aun sin presentar datos significativos tuvieron similar tendencia diagnóstica con mayor diagnóstico de problema cardiaco en pacientes varones y menor en pacientes mujeres. Asimismo, en el caso 2 se observa similar tendencia con menor diagnóstico de problema psicológico en pacientes varones y mayor en mujeres.

Tabla 1: *Valores de Chi cuadrado y de Residuos tipificados corregidos de Haberman en las categorías diagnósticas de los cuatro casos clínicos en profesionales franceses*

Género del profesional			Género del Paciente	
			Masculino	Femenino
Masculino	Chi-cuadrado CASO 1	1,476		
	Problema cardiaco	Recuento (%)	3 (75%)	1 (25%)
		Residuos corregidos	1.2	-1.2
	Problema psicológico	Recuento (%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)
		Residuos corregidos	-.7	-7
	Chi- cuadrado CASO 2	2.333		
	Problema cardiaco	Recuento (%)	2 (100%)	0 (0%)
		Residuos corregidos	1.5	-1.5
	Problema psicológico	Recuento (%)	5 (41.7%)	7 (58.3%)
		Residuos corregidos	-1.5	1.5
	Chi- cuadrado CASO 3	8.000*		
	Problema cardiaco	Recuento (%)	6 (75%)	2 (25%)
		Residuos corregidos	2.2	-2.2
	Problema psicológico	Recuento (%)	0 (0%)	5 (100%)
		Residuos corregidos	-2.8	2.8
	Chi- cuadrado CASO 4	6.500*		
	Problema cardiaco	Recuento (%)	4 (100%)	0 (0%)
		Residuos corregidos	2.4	-2.4
	Problema psicológico	Recuento (%)	3 (37.5%)	5 (62.5%)
		Residuos corregidos	-1.1	1.1
Femenino	Chi- cuadrado CASO 1	17.115**		
	Problema cardiaco	Recuento (%)	32 (62.7%)	19 (37.3%)

	Residuos corregidos	3.6	-3.6
Problema psicológico	Recuento (%)	0 (0.0%)	11 (100%)
	Residuos corregidos	-3.3	3.3
Chi- cuadrado CASO 2	18.822***		
Problema cardiaco	Recuento (%)	20 (87%)	3 (13%)
	Residuos corregidos	3.7	-3.7
Problema psicológico	Recuento (%)	20 (36.4%)	35 (63.6%)
	Residuos corregidos	-4.2	4.2
Chi- cuadrado CASO 3	23.232***		
Problema cardiaco	Recuento (%)	36 (65.5%)	19 (34.5%)
	Residuos corregidos	4.7	-4.7
Problema psicológico	Recuento (%)	3 (11.5%)	23 (88.5%)
	Residuos corregidos	-4.2	4.2
Chi- cuadrado CASO 4	11.423*		
Problema cardiaco	Recuento (%)	31 (68.9%)	14 (31.1%)
	Residuos corregidos	2.8	-2.8
Problema psicológico	Recuento (%)	10 (33.3%)	20 (66.7%)
	Residuos corregidos	-2.9	2.9

*p<.05, **p<.01, ***p<.001 / Sombreado los porcentajes más altos de respuestas

Con respecto a los valores de Chi cuadrado en la categoría de cuidados y atenciones resultaron ser significativos en los cuatro casos clínicos para las profesionales enfermeras ($\chi^2_{1M} = 9.508$, $p=.002$; $\chi^2_{2M} = 14.991$, $p=.000$; $\chi^2_{3M} = 16.240$, $p=.000$; $\chi^2_{4M} = 3.867$, $p=.049$). Sin embargo en el caso de los profesionales varones no se observaron resultados significativos en ninguno de los cuatro casos clínicos. Por tanto, en la muestra considerada el género femenino del profesional, género del paciente y la categoría de cuidados y atenciones no son independientes. Analizando los residuos tipificados corregidos de Haberman observamos las categorías de cuidados que han ofrecido las profesionales enfermeras. Se observa que en los cuatro casos clínicos las profesionales enfermeras han ofrecidos más cuidados de los esperados en técnicas/tareas para el diagnóstico a los pacientes varones (realización de ECG, toma de constantes vitales...) y menos de las esperadas a las pacientes mujeres (ver Tabla 2). Con respecto a la categoría de intervención terapéutica (tumbar, hablar y tranquilizar al paciente, colocar mascarilla de oxígeno...) se observa que las pacientes mujeres han obtenido con más frecuencia estos cuidados y menos de lo esperado en los pacientes varones. A pesar

de la ausencia de significatividad en el caso de los enfermeros podemos observar una tendencia similar para los casos 2 y 4 tal y como se aprecia en la tabla 2.

Tabla 2: *Valores de Chi cuadrado y de Residuos tipificados corregidos de Haberman en las categorías de cuidados de los cuatro casos clínicos en profesionales franceses*

Género del profesional			Género del paciente	
			Masculino	Femenino
Masculino	Chi-cuadrado CASO 1	.000		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	5 (50%)	5 (50%)
		Residuos corregidos	.0	.0
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	2 (50%)	2 (50%)
		Residuos corregidos	.0	.0
	Chi-cuadrado CASO 2	1.167		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	5 (62.5%)	3 (37.5%)
		Residuos corregidos	1.1	-1.1
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	2 (33.3%)	4 (66.7%)
		Residuos corregidos	-1.1	1.1
	Chi-cuadrado CASO 3	.000		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	5 (50%)	5 (50%)
		Residuos corregidos	.0	.0
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	2 (50%)	2 (50%)
		Residuos corregidos	.0	.0
	Chi-cuadrado CASO 4	1.167		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	5 (62.5%)	3 (37.5%)
		Residuos corregidos	1.1	-1.1
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	2 (33.3%)	4 (66.7%)
		Residuos corregidos	-1.1	1.1
Femenino	Chi-cuadrado CASO 1	9.508**		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	36 (56.2%)	28 (43.8%)
		Residuos corregidos	3.1	-3.1
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	5 (20%)	20 (80%)
		Residuos corregidos	-3.1	3.1
	Chi-cuadrado CASO 2	14.991***		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	36 (72%)	14 (28%)
		Residuos corregidos	3.9	-3.9
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	12 (30.8%)	27 (69.2%)
		Residuos corregidos	-3.9	3.9
	Chi-cuadrado CASO 3	16.240***		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	38 (59.4%)	26 (40.6%)
		Residuos corregidos	4.0	-4.0
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	3 (12%)	22 (88%)
		Residuos corregidos	-4.0	4.0
	Chi-cuadrado CASO 4	3.867*		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	39 (60.9%)	25 (39.1%)
		Residuos corregidos	2.0	-2.0
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	9 (37.5%)	15 (62.5%)
		Residuos corregidos	-2.0	2.0

*p<.05, **p<.01, ***p<.001 / Sombreado los porcentajes más altos de respuestas

Con respecto a la relación entre las categorías diagnósticas y los años de experiencia de los profesionales franceses la estratificación por grupos de experiencia profesional se realizó siguiendo las mismas categorías establecidas en el estudio español: experiencia profesional baja (4-48 meses trabajados); experiencia profesional media (56-132 meses trabajados); experiencia profesional media-alta (144-276 meses trabajados) y experiencia profesional alta (288-480 meses trabajados). Los valores de Chi cuadrado en la categoría diagnóstica resultaron ser significativos en tres de los cuatro casos clínicos en el grupo de experiencia profesional media ($\chi^2_{1(56-132 \text{ meses})}=11.762$ $p = .008$; $\chi^2_{2(56-132 \text{ meses})}=12.921$ $p = .002$; $\chi^2_{3(56-132 \text{ meses})}=6.559$ $p = .038$). En el grupo de experiencia profesional baja observamos datos significativos en dos de los cuatro casos clínicos ($\chi^2_{3(4-48 \text{ meses})}=15.984$ $p = .003$; $\chi^2_{4(4-48 \text{ meses})}=7.383$ $p = .025$) y finalmente en el grupo de experiencia profesional alta se observaron resultados significativos en uno de los casos clínicos ($\chi^2_{3(288-480 \text{ meses})}= 6.198$, $p = .013$). Por tanto parece que en la muestra considerada la experiencia profesional media es la que más casos de sesgos de género a nivel de categorías diagnósticas muestra. Con respecto a la relación entre la categoría de cuidados y los años de experiencia de los profesionales franceses los valores de Chi cuadrado en la categoría de cuidados resultaron ser significativos en dos de los cuatro casos clínicos en el grupo de experiencia profesional baja ($\chi^2_{1(4-48 \text{ meses})}=6.945$ $p = .008$; $\chi^2_{2(4-48 \text{ meses})}=3.860$ $p = .049$). En el resto de grupos de experiencia profesional solo en uno de los cuatro casos clínicos hubo resultados significativos ($\chi^2_{2(56-132 \text{ meses})}=7.938$ $p = .005$; $\chi^2_{3(144-276 \text{ meses})}= 6.542$, $p = .011$; $\chi^2_{4(288-480 \text{ meses})}= 3.899$, $p = .048$). Por tanto parece que en la muestra considerada la experiencia profesional baja podría tener alguna relación con la aparición de sesgos de género a nivel de categorías de cuidados. Los datos de los residuos tipificados de Haberman pueden verse en el anexo del estudio Francia.

Resultados comparados estudio España-Francia

En primer lugar se analizaron las posibles diferencias muestrales entre España y Francia. En este sentido, los análisis chi cuadrado sobre diferencias de género entre las muestras españolas y francesas indican que no existieron diferencias significativas (χ^2 (3, 253) = 1.745; $p= 0.186$ ns). De igual manera, los análisis chi cuadrado sobre diferencias por experiencia profesional (χ^2 (3, 253) = 7.577; $p= 0.056$ ns) y por edad entre ambas muestras tampoco fueron significativo (χ^2 (2, 253) = 3.640; $p= 0.162$ ns). A continuación se presentan los resultados comparados entre los hospitales franceses y españoles en la aparición de sesgos en función del género del paciente. Como puede observarse los valores de Chi cuadrado en la categoría diagnóstica resultaron ser significativos en ambos países en los cuatro casos clínicos presentados. Por tanto, podemos afirmar que en las muestras consideradas las variables a estudiar no son independientes. Si analizamos los residuos corregidos de Haberman nuevamente observamos que los profesionales de enfermería tanto en España como en Francia parece que diagnostican más de lo esperado a los varones de ECV y menos de lo esperado a las pacientes mujeres, ocurriendo lo contrario con el diagnóstico de problema psicológico, el cual tanto profesionales españoles como franceses lo ofrecen más de lo esperado a las pacientes mujeres (ver Tabla 3).

Tabla 3: Valores de Chi cuadrado y de Residuos tipificados corregidos de Haberman en las categorías diagnósticas de los cuatro casos clínicos de cada país

País del profesional		Género del Paciente	
		Masculino	Femenino
España	Chi-cuadrado CASO 1	29.484***	
	Problema cardíaco	Recuento (%)	33 (66%)
		Residuos corregidos	2.9
	Problema psicológico	Recuento (%)	12 (23.5%)
		Residuos corregidos	-4.5
	Chi- cuadrado CASO 2	13.017**	
	Problema cardíaco	Recuento (%)	13 (92.9%)
		Residuos corregidos	3.4
	Problema psicológico	Recuento (%)	57 (44.5%)
			71 (55.5%)

		Residuos corregidos	-3.4	3.4
	Chi- cuadrado CASO 3	12.553*		
	Problema cardiaco	Recuento (%)	25 (69.4%)	11 (30.6%)
		Residuos corregidos	2.9	-2.9
	Problema psicológico	Recuento (%)	32 (37.2%)	64 (62.8%)
		Residuos corregidos	-3.4	3.4
	Chi- cuadrado CASO4	17.026**		
	Problema cardiaco	Recuento (%)	33 (75%)	11 (25%)
		Residuos corregidos	3.9	-3.9
	Problema psicológico	Recuento (%)	34 (38.2%)	55 (61.8%)
		Residuos corregidos	-3.6	3.6
Francia	Chi- cuadrado CASO 1	17.790***		
	Problema cardiaco	Recuento (%)	36 (64.3%)	20 (35.7%)
		Residuos corregidos	3.7	-3.7
	Problema psicológico	Recuento (%)	1 (7.1%)	13 (92.9%)
		Residuos corregidos	-3.3	3.3
	Chi- cuadrado CASO 2	20.293***		
	Problema cardiaco	Recuento (%)	22 (88%)	3 (12%)
		Residuos corregidos	4.0	-4.0
	Problema psicológico	Recuento (%)	25 (57.3%)	42 (62.7%)
		Residuos corregidos	-4.3	4.3
	Chi- cuadrado CASO 3	26.944***		
	Problema cardiaco	Recuento (%)	42 (66.7%)	21 (33.3%)
		Residuos corregidos	5.0	-5.0
	Problema psicológico	Recuento (%)	4 (12.5%)	28 (87.5%)
		Residuos corregidos	-4.7	4.7
	Chi- cuadrado CASO 4	15.658**		
	Problema cardiaco	Recuento (%)	35 (71.4%)	14 (28.6%)
		Residuos corregidos	3.4	-3.4
	Problema psicológico	Recuento (%)	13 (34.2%)	25 (65.8%)
		Residuos corregidos	-3.1	3.1

*p<.05, **p<.01, ***p<.001 / Sombreado los porcentajes más altos de respuestas

Con respecto a los valores de Chi cuadrado a nivel de categoría de cuidados que han ofrecido los profesionales de ambos países los datos resultaron ser significativos para tres de los cuatro casos clínicos en España y para todos los casos clínicos en Francia. Por tanto podemos concluir que en las muestras consideradas las variables estudiadas tienen relación con los sesgos de género y esto ocurre de manera muy similar en ambos países. Si analizamos los residuos tipificados corregidos de Haberman observamos que las respuestas de los profesionales de ambos países van en la misma dirección. Por un lado en tres de los cuatro casos clínicos los profesionales españoles han ofrecido más respuestas de las esperadas para la categoría de realizar técnicas/tareas para el

diagnóstico de ECV en el caso de los pacientes varones y más respuestas de las esperadas en intervención psicológica en el caso de las pacientes mujeres. En Francia las respuestas de los profesionales siguieron igual tendencia, ocurriendo esto en los cuatro casos clínicos (ver Tabla 4).

Tabla 4: *Valores de Chi cuadrado y de Residuos tipificados corregidos de Haberman en las categorías de cuidados de los cuatro casos clínicos de cada país*

País del profesional			Género del paciente	
			Masculino	Femenino
España	Chi-cuadrado CASO 1	1.187		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	52 (52.5%)	47 (47.5%)
		Residuos corregidos	1.1	-1.1
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	22 (43.1%)	29 (56.9%)
		Residuos corregidos	-1.1	1.1
	Chi-cuadrado CASO 2	13.599***		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	38 (70.4%)	16 (29.6%)
		Residuos corregidos	3.7	-3.7
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	37 (38.9%)	58 (61.1%)
		Residuos corregidos	-3.7	3.7
	Chi-cuadrado CASO 3	7.354**		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	54 (58.7%)	38 (41.3%)
		Residuos corregidos	2.7	-2.7
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	20 (35.7%)	36 (64.3%)
		Residuos corregidos	-2.7	2.7
	Chi-cuadrado CASO 4	6.008*		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	53 (59.6%)	36 (40.4%)
		Residuos corregidos	2.5	-2.5
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	23 (39%)	36 (61%)
		Residuos corregidos	-2.5	2.5
Francia	Chi-cuadrado CASO 1	8.186**		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	41 (55.4%)	33 (44.6%)
		Residuos corregidos	2.9	-2.9
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	7 (24.1%)	22 (75.9%)
		Residuos corregidos	-2.9	2.9
	Chi-cuadrado CASO 2	16.684***		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	41 (70.7%)	17 (29.3%)
		Residuos corregidos	4.1	-4.1
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	14 (30.4%)	32 (69.6%)
		Residuos corregidos	-4.1	4.1
	Chi-cuadrado CASO 3	13.983***		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	43 (58.1%)	31 (41.9%)
		Residuos corregidos	3.7	-3.7
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	5 (17.2%)	24 (82.8%)
		Residuos corregidos	-3.7	3.7
	Chi-cuadrado CASO 4	5.093*		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	44 (61.1%)	28 (38.9%)
		Residuos corregidos	2.3	-2.3

Intervención terapéutica	Recuento (%)	11 (36.7%)	19 (63.3%)
	Residuos corregidos	-2.3	2.3

*p<.05, **p<.01, ***p<.001 / Sombreado los porcentajes más altos de respuestas

A continuación se presentan los datos comparados por país con respecto al género del profesional que atiende y a los años de experiencia de los profesionales tanto a nivel de diagnósticos como de cuidados. Con respecto a categoría diagnóstica los valores de Chi cuadrado resultaron ser significativos en los cuatro casos clínicos en las profesionales enfermeras de ambos países. Sin embargo, se observan ciertas diferencias con respecto a los profesionales enfermeros, ya que según apuntan los datos en la categoría diagnóstica la relación con los sesgos de género en España tuvo lugar en los cuatro casos clínicos y en Francia en dos de los cuatro casos clínicos. Por tanto podemos afirmar que en la muestra considerada el género del profesional de cada país, el género del paciente y la categoría diagnóstica no son independientes, observándose que los profesionales enfermeros franceses tienen menos relación con los sesgos de género que los profesionales enfermeros españoles en la categoría diagnóstica (ver Tabla 5).

En la categoría de cuidados los valores de Chi cuadrado resultaron ser significativos en España de igual manera para profesionales enfermeros y enfermeras (en dos de los cuatro casos clínicos). Sin embargo, en Francia parece que sí existen diferencias entre enfermeros y enfermeras ya que en el caso de las profesionales enfermeras se observan resultados significativos en todos los casos clínicos no ocurriendo esto en los profesionales enfermeros. Por tanto a la vista de estos datos podemos concluir que en la muestra considerada la variable género del profesional de cada país, el género del paciente y la categoría de cuidados no son independientes. De manera que son las profesionales enfermeras de España y Francia las que más relación han obtenido con los sesgos de género, ocurriendo algo similar en España para los enfermeros pero no así en Francia (ver Tabla 5).

Tabla 5: Valores de Chi cuadrado en las categorías diagnósticas y de cuidados de los profesionales de ambos países en función del género del profesional

Género del profesional	Categoría diagnóstica/cuidados	Diagnósticos FRANCIA	Diagnósticos ESPAÑA	Cuidados FRANCIA	Cuidados ESPAÑA
Hombre	Chi-cuadrado CASO 1	1,476	12,670*	,000	3,281
	Chi-cuadrado CASO 2	2,333	5,593*	1,167	10,804**
	Chi-cuadrado CASO 3	8,000*	5,572*	,000	,089
	Chi-cuadrado CASO 4	6,500*	12,936**	1,167	10,208**
Mujer	Chi-cuadrado CASO 1	17,115**	18,969**	9,508**	,099
	Chi-cuadrado CASO 2	18,822***	8,635*	14,991***	6,166*
	Chi-cuadrado CASO 3	23,232***	10,175*	16,240***	8,435**
	Chi-cuadrado CASO 4	11,423*	8,437*	3,867*	1,250

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Con respecto a los distintos grupos de experiencia profesional en la categoría diagnóstica, los valores de Chi cuadrado resultaron ser significativos en España en el grupo de experiencia profesional media alta (144-276 meses) y en Francia en los grupos de experiencia profesional baja (4-48 meses) y media (56-132 meses). Por tanto podemos afirmar que en la muestra considerada la experiencia profesional en cada país, el género del paciente y la categoría diagnóstica no son independientes, observándose que en cada país es un grupo de experiencia profesional diferente el que guarda más relación con los sesgos de género a nivel de categoría diagnóstica (ver Tabla 6).

A nivel de categoría de cuidados en relación con los años de experiencia profesional según puede observarse en España los valores de Chi cuadrado resultaron ser más significativos en los grupos de experiencia profesional media (56-132 meses) y media alta (144-276 meses) y en Francia en el grupo de experiencia profesional baja (4-48 meses). Por tanto podemos afirmar que en la muestra considerada la experiencia profesional por país, el género del paciente y la categoría de cuidados no son independientes, observándose nuevamente una tendencia similar a la de categoría diagnóstica en los grupos de experiencia profesional para cada país (ver Tabla 6).

Tabla 6: Valores de Chi cuadrado en las categorías diagnósticas y de cuidados de los profesionales de ambos países en función de la experiencia profesional

Percentil Grupo de experiencia	Categoría Diagnóstica/Cuidados	Diagnóstico FRANCIA	Diagnóstico ESPAÑA	Cuidados FRANCIA	Cuidados ESPAÑA
4-48meses	Chi-cuadrado CASO 1	2,468	11,498*	6,945**	3,142
	Chi-cuadrado CASO 2	3,899	2,931	3,860*	1,799
	Chi-cuadrado CASO 3	15,984**	5,885	2,972	5,290*
	Chi-cuadrado CASO 4	7,383*	5,536	,081	,354
56-132meses	Chi-cuadrado CASO 1	11,762**	7,444	3,821	1,406
	Chi-cuadrado CASO 2	12,921**	1,377	7,938**	3,838*
	Chi-cuadrado CASO 3	6,559*	5,282	2,706	1,092
	Chi-cuadrado CASO 4	2,014	8,831*	,553	5,143*
144-276meses	Chi-cuadrado CASO 1	7,724	17,910***	1,174	1,437
	Chi-cuadrado CASO 2	5,367	6,936***	2,813	7,537**
	Chi-cuadrado CASO 3	3,714	3,372	6,542*	6,311*
	Chi-cuadrado CASO 4	6,616	5,907	3,638	2,520
288-480meses	Chi-cuadrado CASO 1	,258	8,217	,258	,052
	Chi-cuadrado CASO 2	2,222	10,925**	,627	1,021
	Chi-cuadrado CASO 3	6,198*	6,818	1,887	,383
	Chi-cuadrado CASO 4	2,438	4,727	3,899*	,371

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Discusión Estudio en Francia

Habiéndose detectado los sesgos de género en España y tratando de conocer el proceso de adquisición de dicho sesgos, podríamos pensar en dos hipótesis preliminares. Por un lado estos sesgos de género pueden ser debido a ciertos valores culturales que facilitan su manifestación, y/ o por otro lado que exista un proceso sesgado en el proceso de formación de los profesionales de enfermería. Ante la imposibilidad de conseguir muestras de distintos países donde los programas formativos sean exactamente iguales, se ha optado por iniciar esta disquisición comparando los datos obtenidos entre países que pertenecen al mismo *cluster* cultural, controlando así una de las posibles variables o factores de influencia. Por tanto con este estudio hemos querido analizar la posible existencia de sesgos de género entre países con valores culturales similares. En este sentido, y según los principales estudios realizados al efecto (Hoefstede, 2001; Hoefstede, 2009; House y cols., 2004), España y Francia no sólo

pertenecen al mismo *cluster* cultural sino que son los dos países dentro del *cluster* con mayor similitud (Hoefstede, 2001; Hoefstede, 2009).

Como ya hemos podido observar en el apartado de resultados, enfermeras francesas y españolas han obtenidos datos muy similares con respecto a los sesgos de género en diagnósticos y cuidados ofrecidos a sus pacientes. Sin embargo hemos observado algunas diferencias entre enfermeras y enfermeros franceses, y de éstos últimos con los enfermeros españoles. Comenzando con las similitudes encontradas y con respecto a los diagnósticos parece que la variable género del paciente podría tener un papel explicativo en las respuestas ofrecidas por las profesionales de enfermería en Francia y España. En este sentido, observamos sistemáticamente la tendencia a ofrecer más diagnósticos de problema cardíaco, concretamente de IAM, ángor y síndrome coronario agudo, en el caso de pacientes varones. Estos resultados coinciden con lo hallado en estudios previos, que si bien no presentan una metodología experimental para poder hablar en términos de causalidad, muestran un menor nivel de diagnóstico de ECV en las mujeres (Abuful, Gidron y Henkin, 2005; Crilly y cols., 2008; Grif, 2012; Jarvie y Foody, 2010; Mosca, Benjamin y Berra, 2011; Risberg, Johansson y Hamberg, 2009; Valent, Tillati y Zanier, 2013; Wenger, 2012). Con respecto a los diagnósticos de problema psicológico, parece que a las pacientes mujeres se les diagnostica más de crisis de ansiedad que a los pacientes varones. Estos datos irían en similar dirección a los encontrados en otros estudios que indican que en ocasiones a las mujeres se les diagnostica más de problemas psicosomáticos ante síntomas inespecíficos o desconocidos para los profesionales sanitarios (Diaz-Granados, McDermott y Wang, 2011; Frankenhaeuser, Lundberg y Reeves, 1991; Harlow y cols., 1999; Heilbrun, 1998; Martín y cols., 2013; Maserejian y cols., 2009; Mingote, 2000), aunque tal y como ocurre en este caso, los síntomas hayan sido los mismos tanto para hombres como para mujeres.

Con respecto a los datos obtenidos en el área de categorías de cuidados (subcategorías: ver anexo Estudio Francia) observamos que las enfermeras francesas han obtenido resultados significativos en los cuatro casos clínicos a nivel de categorías y en los casos clínicos 1, 2 y 3 a nivel de subcategorías, observándose esto mismo en dos de los cuatro casos clínicos en las profesionales españolas. En ambos países parece que las enfermeras realizarían más técnicas para el diagnóstico en los pacientes varones, concretamente realizarían más electrocardiogramas (ECG) y más toma de constantes vitales a varones que a mujeres. Sin embargo las medidas de intervención terapéutica las llevarían a cabo en mayor medida con pacientes mujeres, concretamente tranquilizarían a las pacientes y hablarían más con ellas que con los pacientes varones.

Estos resultados encontrados en ambos países irían en idéntica dirección de estudios anteriores, donde se informaba que las mujeres recibían menos cuidados y diferentes atenciones aun presentando iguales síntomas que los pacientes varones (Ayanian y Epstein, 1991; Gargano, Wehner y Reeves, 2009; Grif, 2012; Kapral, Degani y Hall, 2011; Lacueva-Moya y cols., 2008; Leeper y Centeno., 2012; McInnes, McAlpine y Walter, 2008; Valent, Tillati y Zanier, 2013; Wenger, 2012), aunque dichos estudios se basaron en metodologías transversales o cualitativas y no experimentales.

Por tanto parece que los resultados hallados en los profesionales de enfermería franceses van en idéntica dirección a los encontrados con profesionales de enfermería españoles, lo que junto con la metodología experimental refuerza la causalidad de las diferencias de género del paciente como motivo de discriminación sistemática en el tipo de diagnóstico y atenciones recibidas. Además estas similitudes entre enfermeras de ambos países irían en coherencia con la hipótesis planteada al inicio donde indicábamos que podrían ser ciertos valores culturales compartidos los que determinarían el sesgo de género en los profesionales, teniendo en cuenta que ambos países están dentro del

mismo *cluster* cultural, y que los procesos formativos de ambos países aunque no sean iguales son muy similares, tal y como indica el Consejo Internacional de Enfermería (2014).

Con respecto a las diferencias encontradas en Francia, parece que los profesionales enfermeros ni en categorías ni en subcategorías de cuidados ofrecerían respuestas que guarden relación con los sesgos de género. Únicamente hemos encontrados dos estudios que nos hablen de diferencias en cuidados por género del profesional, si bien dichos estudios han sido realizados con población médica. El estudio llevado a cabo por Adams y colaboradores (2008) aunque en población médica muestra resultados similares a los obtenidos en Francia, donde las respuestas que ofrecían médicos y médicas ante sus pacientes hombres y mujeres eran diferentes, siendo los médicos los que se veían menos influenciados por el género del paciente. Sin embargo, el estudio español realizado por Moreno Luna y colaboradores (2000) indica una ausencia de diferencia en función del género del profesional, lo cual se asemeja a los resultados encontrados en España. Quizá estas diferencias entre enfermeros franceses y españoles podrían estar relacionadas con las dimensiones de individualismo, pragmatismo y distancia de poder, donde como ya indicamos, según la comparación del *Hofstede Center*, eran las dimensiones donde aparecían algunas diferencias entre Francia y España. Las puntuaciones obtenidas en Francia en estas dimensiones eran algo superiores, por lo que una tendencia a un mayor pragmatismo general por parte de los franceses, junto con la tendencia a un mayor instrumentalismo de los hombres, tal y como muestran la mayoría de los estudios sobre diferencias de género (v.gr. Baron-Cohen, 2005; Miqueo y cols., 2001), podría explicar el por qué a la hora de establecer las primeras acciones de intervención en cuidados son sólo los enfermeros los que optan por realizar acciones preventivas de tipo más técnico (pragmático e instrumental) para

todos los casos y de manera similar para ambos géneros al margen del diagnóstico previo, tal y como se aprecia en la tabla 2.

En cuanto a la relación de los sesgos de género con los años de experiencia profesional tanto en el área de categorías y subcategorías diagnósticas como en el área de cuidados hemos podido observar que son los grupos de experiencia profesional más baja los que han obtenido resultados más significativos en la muestra francesa. Esto indica que serían los profesionales con menos experiencia los que cometerían más sesgos al diagnosticar a sus pacientes, esto podría explicarse por lo indicado por Ferrer (2002) donde al parecer la poca experiencia profesional podría tener relación con un mayor nerviosismo y falta de control al atender a los pacientes, por lo que la tendencia de acción se encontraría más determinada por estereotipos y posibles sesgos cognitivos, como es el caso de Francia. A diferencia de lo hallado en Francia, en el estudio español fueron los profesionales con experiencia media alta los que obtuvieron resultados más significativos. Podríamos pensar en una explicación relacionada con variables de agotamiento o estrés profesional, ya que los estudios indican que es entre los 11-15 años de experiencia profesional cuando existe un mayor riesgo de padecerlo (Albaladejo y cols., 2004; Bartolome, Aguilera y Cristobal, 2000; Gil-Monte, García-Juesas y Hernández, 2008; Pera y Serrat-Prat, 2002). Sin embargo, esto no explicaría las diferencias en grupos de experiencia profesional detectadas entre ambos países. Estas diferencias podrían ser explicadas de acuerdo a la dimensión distancia de poder establecida por *Hofstede Center* (Hofstede, 2001; Hofstede, 2009) donde ya indicamos que los franceses obtenían mayor puntuación. Se podría pensar que los profesionales franceses de menor experiencia podrían tener una menor tendencia a buscar el consejo/ayuda de personas con más experiencia, lo que podría llevar a una mayor influencia de los sesgos de género en estos profesionales. También podría

pensarse que las diferencias son debidas a que en cada país las variables de agotamiento profesional se relacionarían con un grupo experiencial diferente. Sin embargo según indican los estudios sobre burnout realizados en Francia parece que el rango de experiencia profesional que mayor relación guarda con el agotamiento profesional es similar al encontrado en España (Colombat, Altmeyer y Barruel, 2011; Pronost, Le Gouge y Leboul, 2008)

Limitaciones y mejora del estudio

Aunque según indicó Sellán en 2009 y según los cálculos realizados para la estimación del tamaño muestral, la muestra de enfermeros sería representativa de la población de enfermería en ambos países (España (20%); Francia (13.59%)), una de las posibles limitaciones de nuestro estudio sería el tamaño reducido de la muestra de enfermeros. Por otro lado la manera de distribuir y recoger las pruebas experimentales en los hospitales franceses también ha sido muy dificultosa ya que su distribución se hizo en papel en cada servicio hospitalario haciendo el proceso más lento y complejo, por lo que sería necesario introducir mejoras a este nivel.

Futuras líneas de investigación

A la vista de las diferencias encontradas en función del género del profesional entre España y Francia parece que sería interesante poder contar con una muestra mayor de profesionales enfermeros en Francia para así poder ver si las diferencias halladas se debieron al tamaño muestral o a otro tipo de variables. Además sería interesante poder contar con una muestra de profesionales de enfermería de otro de los países del mismo *cluster* cultural o incluso de un *cluster* totalmente opuesto a España pero con alta similitud de los planes formativos y de formación continua tras la incorporación al puesto. Así podríamos conocer más sobre la relación entre los valores, creencias y comportamientos y los sesgos de género. También para conocer más sobre el efecto que

la formación y la experiencia profesional tienen sobre la adquisición de los sesgos de género sería interesante poder contar con una muestra de estudiantes de enfermería, de diferentes cursos académicos, para así poder conocer en qué momento del proceso formativo y en qué niveles de conocimiento aparecerían mayores niveles de sesgos de género y compararlos con la muestra de profesionales de enfermería.

Conclusiones

Como ya veíamos en los dos estudios anteriores realizados con profesionales de enfermería en España, el género del paciente podría ser el factor explicativo a los diagnósticos y atenciones que los profesionales han ofrecido en Francia y España. Con respecto a las diferencias por género del profesional, indicar que además de observarse diferencias entre enfermeras y enfermeros franceses, se ha podido observar que en la muestra considerada existen diferencias entre profesionales enfermeros de ambos países, siendo los enfermeros franceses los que menos sesgos de género presentaron. También indicar que parece que fueron los profesionales con experiencia baja y media-alta los que mayor relación presentaron con los sesgos de género. Por ello y para poder seguir conociendo más sobre la adquisición de estos sesgos de género y la relación con variables sociales, cultural y del nivel de formación tanto teórico como práctico se planteo el siguiente estudio.

10. ESTUDIO DE SESGOS DE GÉNERO EN DIAGNÓSTICOS Y ATENCIONES CON MUESTRA DE ESTUDIANTES

En estudios anteriores se observó que tanto en España como en Francia parecen existir sesgos de género tanto en el diagnóstico como en los primeros cuidados durante el triage en urgencias. Con este estudio queremos conocer más sobre un posible proceso de adquisición del sesgo relacionado con el nivel de formación (curso académico y meses de experiencia) y/o la edad. También sería interesante conocer en qué momento del proceso formativo aparecen estos sesgos de género. El estudio que plantamos es similar en procedimiento al realizado en España y Francia con profesionales de enfermería. Contaremos con una muestra de estudiantes de enfermería de diferentes cursos de grado para conocer cómo diagnosticarían y plantearían atenciones a pacientes de ambos géneros que acuden al servicio de urgencias con síntomas compartidos por la enfermedad cardiovascular (ECV) y la crisis de ansiedad. Comparando los resultados podremos tener una visión de en qué momento del proceso de formación hay resultados más significativos, analizar sus posibles causas y plantear posibles explicaciones. A este nivel sería interesante conocer por un lado en qué medida el diferente proceso de formación teórica y práctica de los profesionales/estudiantes de enfermería se encontrarían relacionados con los sesgos de género y por otro indagar el papel que la transmisión cultural a través de la interacción social podría tener en la construcción y adquisición de dichos sesgos de género.

Con respecto a la formación de los profesionales de enfermería, diferentes trabajos indican que siempre ha estado ligada al concepto de cuidado y como indican estos estudios la necesidad de cuidados enfermeros ha ido cambiando con el proceso evolutivo y por tanto la formación de los profesionales de enfermería se ha ido

adaptando a las diferentes necesidades de cada época (Collière, 1993; Hernández Conesa, 1999; Hernández Martín, 1996; Sellán, 2009). En un primer momento fueron las órdenes religiosas las encargadas de la formación de las personas quienes realizaban las labores de cuidado. Sería con la reforma protestante cuando aparecería la primera escuela que programaba formación para cuidados de pacientes (Hernández Conesa, 1995; Sellán, 2009; Siles, 1999). En nuestro país fue en 1880 cuando aparece la primera escuela de enfermería y en 1915 cuando se instituye el título de enfermera. Posteriormente, en 1952 aparece la figura de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S). La formación de estos ayudantes era diferente en función del género, si bien los contenidos formativos en ambos casos eran fundamentalmente técnicos y de ayuda al médico (Hernández Conesa, 1995; Sellán, 2009; Siles, 1999). En el año 1977 y a instancias de la directiva europea, la enfermería española llega a la universidad y aparece el primer plan de estudios de Diplomado universitario de enfermería (D.U.E). Este plan contenía formación teórica y técnica de tres años para ofrecer cuidados generales a los pacientes (BOE, 1977; Sellán, 2009). Es en esta época cuando se empieza a hablar de un enfoque biopsicosocial frente al enfoque biomédico, y desde la universidad se incide en la importancia de ver al paciente como un ser humano en interacción con su medio (Hernández Conesa, 1995; Sellán, 2007; Siles, 1999). En la década de los noventa y como resultado de la Ley de Reforma Universitaria se hacen modificaciones en los planes de estudio de los Diplomados de Enfermería (Plan de estudios de 1990) (BOE, 1990; Sellán, 2009). Desde la universidad con este nuevo plan de estudios se pretende que el estudiante sea gestor de su proceso de aprendizaje incentivando su autonomía y reflexión en su proceso de formación. Aparece el sistema de créditos donde el estudiante podrá diseñar su trayectoria curricular, acercándose así los estudios de enfermería a la normativa europea, facilitando la libre circulación de los estudiantes a

través de los programas Erasmus (Martínez-Martín, 2007; Siles, 1996). En el 2003 y con motivo de la creación del espacio europeo de educación superior llega un nuevo cambio a la formación enfermera. Aparece el sistema de créditos europeos (ECTS) y la titulación de Grado en Enfermería debe permitir al estudiante no solo adquirir las competencias específicas de la profesión sino también desarrollarse como persona (Canalejas, 2006; Martínez-Martín, 2007). Sería en 2005 cuando se establece el título de grado en Enfermería y en 2010 cuando comienzan a cursarse los estudios formativos de 4 años. Además, y en relación con el objeto de nuestro estudio resulta importante indicar que estos nuevos y últimos planes de grado en Enfermería deben incorporar la perspectiva de género en salud como una competencia transversal dentro de sus asignaturas (BOE, 2007).

En cuanto al proceso de formación de los profesionales de enfermería en Francia indicar que la evolución ha seguido un proceso similar al español, ya que el consejo internacional de enfermería (CIE), se encarga de revisar que la formación de los profesionales europeos vaya en similar dirección para ofrecer en todos los casos cuidados de calidad (CIE, 2010). Al igual que en España la formación enfermera en Francia ha ido modificando sus planes de estudios para adaptarlos a las nuevas necesidades de salud. En Francia, según indica el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud, han existido dos planes de estudios fundamentales para la formación enfermera, el plan de estudios del año 1992 y la reforma del mismo, adaptada al marco europeo, en el año 2009. Estos planes de estudios irían en similar dirección formativa que los planes españoles de los años 1990 y 2005 respectivamente (*Ministere des affaires sociales, de la sante et des droits des femmes*, 2011).

Revisando los planes de estudios citados, tanto en España como en Francia existe un denominador común dentro de los estudios de enfermería. En todos los planes los

estudiantes tienen un porcentaje de asignaturas/créditos teóricos combinados con prácticas en el ámbito clínico (BOE, 1977; CIE, 2010; Sellán, 2009; Solano y Siles, 2013). En estas prácticas clínicas será el profesional de enfermería nombrado tutor del alumno el que se encargará de transmitir y generar conocimiento en los estudiantes (Ehrich, Tennent y Hansford, 2002; Siles y Solano, 2009). Tradicionalmente, y durante los primeros planes de estudios, el responsable del aprendizaje en prácticas clínicas enseñaba y evaluaba las técnicas con el estudiante (Castillo y Vessoni, 2007). Sin embargo en los nuevos planes de estudio, la figura del tutor debe ir más allá de enseñar las técnicas de enfermería, ya que además debe potenciar la capacidad crítica del alumno y fomentar la reflexión ante un proceso de salud-enfermedad dentro del contexto de la práctica clínica (Medina, 2002).

Unido a todo este proceso de formación teórica y transmisión de la práctica de la profesión enfermera, sería importante también conocer datos acerca del papel que la transmisión cultural pudiera tener en la construcción y formación de los sesgos de género. Según indico Barberá (1998) la construcción del *self* de género es un proceso que acontece a nivel intraindividual pero que se desarrolla en interacción con el aprendizaje de roles, estereotipos y conductas. Según esta autora en el proceso de construcción deberíamos tener en cuenta los procesos internos y psicológicos del sujeto y la interacción de éstos con los factores sociales y situacionales (Barberá, 1998). Algunos autores han explicado este proceso mediante teorías cognitivas de construcción del *self* durante la infancia (Piaget, 1966; Kohlberg, 1966) y otros autores lo han explicado desde modelos sociales de aprendizaje basándose en un proceso de interacción continua entre el individuo y su medio. Es en este proceso de construcción-acción donde se aprenderían los estereotipos de género que condicionarían el

procesamiento de la información e influirían en la construcción e interpretación de la realidad (Barbera, 1998; Deaux y Martín, 2003; Molina Petit, 2000).

A la vista de los datos ofrecidos parece que en primer lugar podríamos hipotetizar que si la interacción social y la transmisión cultural tienen un papel importante en la formación de los constructos y estereotipos de género, los estudiantes sin experiencia de prácticas en urgencias probablemente no mostrarán un perfil de sesgos de género, ya que aún no se han visto inmersos en este proceso de construcción-acción de los sesgos de género.

Hipótesis 8.- No aparecerán sesgos de género en los estudiantes de enfermería que no hayan rotado por prácticas en urgencias, independientemente del género del estudiante, nivel de formación o experiencia de prácticas.

- 8a: No existirán sesgos de género para el diagnóstico clínico.
- 8b: No existirán sesgos de género para los cuidados y atenciones.

Además, y unido a la transmisión/aprendizaje de la profesión, podemos hipotetizar, que la adquisición del sesgo de género podría ir unida a la experiencia de la profesión enfermera en el contexto clínico de urgencias por lo que existirán diferencias significativas entre profesionales y estudiantes de enfermería que no hayan rotado por urgencias. Por otra parte, si tenemos en cuenta los diferentes planes de estudios a lo largo del proceso de formación, podremos hipotetizar que estudiantes y profesionales obtendrán diferentes resultados ya que se han formado en planes de estudios diferentes.

Hipótesis 9.- Al comparar estudiantes y profesionales de enfermería, la ocurrencia de sesgos de género ocurrirá únicamente en los profesionales sanitarios.

- 9a: Existirá sesgo de género en el diagnóstico clínico exclusivamente en los profesionales sanitarios y no en los estudiantes de enfermería.
- 9b: Existirá sesgo de género en los cuidados y atenciones exclusivamente en los profesionales sanitarios y no en los estudiantes de enfermería.

Finalmente si tenemos en cuenta la adquisición del sesgo de género unida a la experiencia profesional dentro del contexto clínico, podremos hipotetizar que los profesionales con más experiencia y más edad serán los que más relación tengan con estos sesgos.

Hipótesis 10.- La ocurrencia de los sesgos de género será mayor cuanto mayor sea la experiencia profesional de los participantes.

- 10a: Mayor sesgo de género en el diagnóstico clínico cuanto mayor sea la experiencia profesional
- 10b: Mayor sesgo de género en los cuidados y atenciones cuanto mayor sea la experiencia profesional

Hipótesis 11.- La ocurrencia de los sesgos de género será mayor cuanto mayor sea la edad del profesional sanitario

- 11a: Mayor sesgo de género en el diagnóstico clínico cuanto mayor sea la edad del profesional sanitario.
- 11b: Mayor sesgo de género en los cuidados y atenciones cuanto mayor sea la edad del profesional sanitario.

Método

Muestra

La muestra estimada fue de 114 participantes en una muestra total de 261 estudiantes de enfermería (Pita, 1996). Ajustando por un posible 30% de pérdidas se repartieron aleatoriamente un total de 222 pruebas con cuatro casos clínicos cada una. La muestra final estuvo formada por 206 estudiantes de enfermería, 68 estudiantes de primer curso (33,0%), 88 estudiantes de segundo curso (42,7%) y 50 estudiantes de tercer curso (24,3%). De estos, 20 son varones (9,7%) y 186 son mujeres (90,3%), con edades comprendidas entre los 18 y los 44 años de edad ($X = 21,65$, $SD = 4,80$). Todos

los estudiantes actualmente cursan sus estudios de grado en enfermería en una escuela universitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid y han realizado entre 0 y 4 meses de prácticas clínicas en hospital ($X= 1,25$, $SD=1,62$), ninguno de ellos con rotación por los servicios de urgencia hospitalaria.

Instrumentos

Prueba experimental de casos clínicos: La prueba utilizada en el presente estudio fue la misma que se utilizó en el estudio español para profesionales de enfermería. Se presentaron 4 casos clínicos breves, donde 4 pacientes diferentes balanceados por género presentan una serie de signos y síntomas compartidos por la ECV y la crisis de ansiedad (Pérez-Arellano, 2006). Después de cada caso clínico el estudiante debía establecer un diagnóstico clínico y un primer cuidado para ese paciente. La tercera parte recoge algunas variables sociodemográficas diferentes a las del estudio español. El estudiante registraba género, edad, curso académico y el número y tipo de rotatorios de prácticas clínicas que había realizado. Esta prueba experimental, antes de ser utilizada para este estudio fue validada por 7 estudiantes de enfermería de diferentes cursos (ver anexo Estudio España).

Consentimiento Informado: Junto con la prueba experimental se distribuyó el consentimiento informado reflejándose la Ley española de protección de datos de 1999 y explicando la voluntariedad y anonimato de los participantes en el estudio así como el tratamiento estadístico que se daría a los datos. También se indicaba el título del estudio, los nombres de las responsables del mismo, así como el objetivo del estudio para mejorar la profesión enfermera sin mencionarse los sesgos de género en salud para evitar el sesgo en las respuestas (ver anexo Estudio España).

Procedimiento

Se seleccionó por conveniencia una escuela universitaria de Grado en Enfermería de la Comunidad Autónoma de Madrid. Se mantuvo una reunión en la escuela con directora y gerente para explicar el objetivo del estudio así como el procedimiento a seguir. Una vez aceptado el proyecto por las responsables del centro se procedió a la distribución aleatoria de la prueba experimental entre los estudiantes de enfermería. Se distribuyeron un total de 222 pruebas (74 por curso académico), ajustado por posibles pérdidas (30%) a una población total de 261 estudiantes (Pita, 1996), 111 del formato 1 y 111 del formato 2. La prueba experimental y el consentimiento informado se distribuyeron aleatoriamente en los tres cursos y se recogieron tras su cumplimentación. Finalmente se pudo contar con un total de 206 pruebas (93,63%), 102 del formato 1 y 104 del formato 2.

Diseño

El estudio realizado con estudiantes de enfermería es un estudio experimental de grupos aleatorios, ya que los estudiantes recibieron de manera aleatoria uno de los dos formatos de la prueba de casos clínicos, para que así el orden de los casos no influya en las respuestas de los estudiantes y balancear el género y conseguir consistencia transituacional del sesgo de género. En esta prueba el diagnóstico clínico y los cuidados ofrecidos fueron las variables dependientes y el género del paciente, el género del estudiante, la edad, el curso académico y el número de rotatorios realizados fueron las variables independientes.

Análisis de los datos

El análisis de los datos en este estudio, se realizó con el programa estadístico SPSS 20.0, llevándose a cabo una segmentación del género y del nivel de formación del estudiante y estratificando en rango los meses de experiencia y la edad de los

participantes. Se realizó un acuerdo interjueces para la codificación de los datos calculándose el Coeficiente Kappa de Cohen. En el apartado de resultados ofreceremos los valores de Chi cuadrado para conocer la relación entre las variables. Además para conocer las posibles pautas de asociación entre estas, se extraerá el valor de los residuos tipificados corregidos de Haberman (1973). Estos residuos se distribuyen $N(0,1)$, utilizando un nivel de confianza de 0,95, podremos afirmar que los errores mayores de 1,96 delatarán casillas con más casos de los que debería haber en caso de que no existiera sesgo de género; mientras que los errores menores de -1,96 delatarán casillas con menos casos de los que cabría esperar si las variables fueran independientes.

Resultados

Establecimiento de categorías y acuerdo interjueces

En primer lugar se elaboró un listado de todas las repuestas ofrecidas por los estudiantes a nivel de diagnósticos y cuidados (824 repuestas para diagnósticos y 824 repuestas para cuidados, 206 repuestas por cada pregunta de los 4 casos clínicos) (ver anexo Estudio Estudiantes). Aleatoriamente seleccionamos cuatro expertos en patología clínica para que establecieran categorías y subcategorías de diagnósticos y cuidados. Las categorías diagnósticas definidas fueron: dolor, alergia, problemas respiratorios, problemas cardiacos y problemas psicológicos. Las categorías de cuidados fueron: técnicas/tareas para el diagnóstico y tareas de intervención terapéutica las subcategorías establecidas así como los valores numéricos asignados tanto a categorías como subcategorías pueden verse en el anexo del Estudio Estudiantes). Posteriormente se realizó un acuerdo interjueces donde tres observadores diferentes leyeron individualmente todas las pruebas y asignaron cada respuesta a las categorías y subcategorías establecidas valorándose el grado de acuerdo entre ellos. Para controlar los posibles acuerdos entre observadores debidos al azar, se calculó el Coeficiente

Kappa de Cohen (ver anexo Estudio Estudiantes). Este valor según Hirji y Rosove (1990) debe estar comprendido entre -1 y 1. Landis y Koch (1977) propusieron una escala de interpretación que considera aceptable un valor mayor o igual a 0,40 y excelente a valores superiores a 0,75. En este estudio todos los valores Kappa estuvieron comprendidos entre 0,89 y 1 (88,86%-100%). Según lo descrito por Landis y Kosch (1977) estos datos indican un acuerdo excelente entre observadores (Caso 1: Diagnostico: 0,92 Cuidado: 0,93; Caso 2: Diagnostico: 1,00 Cuidado: 0,89; Caso 3: Diagnostico: 0,96 Cuidado: 0,95; Caso 4: Diagnostico: 0,93 Cuidado: 0,97). A la vista de estos datos podemos concluir que el acuerdo interjueces resultó muy favorable y que las categorías/subcategorías de diagnósticos y cuidados establecidas por los 4 expertos en patología estaban correctamente diseñadas y eran aptas para el análisis de los datos.

Resultados del análisis estadístico

Resultados del estudio en categorías diagnósticas y de cuidados en Estudiantes de enfermería.

En el apartado de resultados ofreceremos los datos a nivel de categorías diagnósticas y de cuidados. Los resultados a nivel de subcategorías van en la misma línea que los obtenidos en categorías. Dichos datos en detalle pueden verse en el anexo del Estudio Estudiantes.

En primer lugar se comprobó si existía algún efecto significativo debido al orden de presentación de los Formatos 1 y 2. Los valores de Chi cuadrado revelaron que no existían efectos significativos en las categorías diagnósticas debido al orden de presentación de los formatos (Dolor: χ^2 (4, N = 206) = 7.190, *ns.*; Alergia: χ^2 (4, N = 206) = 3.700, *ns.*; P. respiratorio: χ^2 (4, N = 206) = 5.094, *ns.*; P. cardiaco: χ^2 (4, N = 206) = 21.512, *ns.*; P. psicológico: χ^2 (4, N = 206) = 21.861 *ns.*) y tampoco en las

categorías de cuidados (Técnicas para el diagnóstico: $\chi^2 (4, N = 206) = 25.998$ *ns.*; Intervenciones Terapéuticas: $\chi^2 (4, N = 206) = 21.967$, *ns.*).

Con respecto a los valores de Chi cuadrado en categorías diagnósticas y de cuidados en la muestra de estudiantes no se han observado valores significativos para ninguno de los casos. No hemos encontrado diferencias con respecto a los sesgos de género ni en función del género del estudiante ni en función del nivel de formación / curso académico que se cursaba. Por tanto a la vista de estos datos no podemos concluir que exista relación entre las variables estudiadas (ver tablas de resultados en anexo Estudio Estudiantes).

Resultados comparados estudios 1, 2, 3 y 4

A continuación presentamos los resultados del estudio comparado entre estudiantes y profesionales. Observando los valores de Chi cuadrado en la categoría diagnóstica vemos que resultaron ser significativos en todos los casos clínicos para los profesionales de enfermería participantes, no observándose valores significativos para los estudiantes. Por tanto en la muestra considerada (N profesionales=253; N estudiantes=206), el nivel de formación, el género del paciente y la categoría diagnóstica no son independientes. Si analizamos los residuos tipificados corregidos de Haberman observamos que la tendencia diagnóstica ofrecida por los profesionales de enfermería fue ofrecer más respuestas de las esperadas del diagnóstico de problema cardíaco en varones y más respuestas de las esperadas del diagnóstico de problema psicológico en mujeres. En la muestra de estudiantes observamos una tendencia similar, pero sin obtenerse resultados significativos.

Tabla 1: Valores de Chi cuadrado y de Residuos tipificados corregidos de Haberman en las categorías diagnósticas de los cuatro casos clínicos según el nivel de formación

Nivel de formación		Género del Paciente	
		Masculino	Femenino
Profesionales	Chi-cuadrado CASO 1	44.577***	

Estudio Estudiantes: Diagnósticos y Atenciones

	Problema cardíaco	Recuento (%)	69 (65.1%)	37 (34.9%)
		Residuos corregidos	4.5	-4.5
	Problema psicológico	Recuento (%)	13 (20%)	52 (80%)
		Residuos corregidos	-5.4	5.4
Chi- cuadrado CASO 2		32.445***		
	Problema cardíaco	Recuento (%)	35 (89.7%)	4 (10.3%)
		Residuos corregidos	5.2	-5.2
	Problema psicológico	Recuento (%)	82 (42.1%)	113 (57.9%)
		Residuos corregidos	-5.4	5.4
Chi- cuadrado CASO 3		30.283***		
	Problema cardíaco	Recuento (%)	67 (67.7%)	32 (32.3%)
		Residuos corregidos	5.1	-5.1
	Problema psicológico	Recuento (%)	36 (30.5%)	82 (69.5%)
		Residuos corregidos	-5.3	5.3
Chi- cuadrado CASO4		31.334***		
	Problema cardíaco	Recuento (%)	68 (71.3%)	25 (26.9%)
		Residuos corregidos	5.2	-5.2
	Problema psicológico	Recuento (%)	47 (37%)	80 (63%)
		Residuos corregidos	-4.8	4.8
Estudiantes	Chi- cuadrado CASO 1	3.328		
	Problema cardíaco	Recuento (%)	41 (53.2%)	36 (46.8%)
		Residuos corregidos	.7	-.7
	Problema psicológico	Recuento (%)	62 (49.6%)	63 (50.4%)
		Residuos corregidos	-.2	.2
Chi- cuadrado CASO 2		2.207		
	Problema cardíaco	Recuento (%)	53 (51%)	51 (49%)
		Residuos corregidos	.4	-.4
	Problema psicológico	Recuento (%)	44 (47.8%)	48 (52.2%)
		Residuos corregidos	-.5	.5
Chi- cuadrado CASO 3		5.601		
	Problema cardíaco	Recuento (%)	22 (53.7%)	19 (46.3%)
		Residuos corregidos	.6	-.6
	Problema psicológico	Recuento (%)	76 (47.5%)	84 (52.5%)
		Residuos corregidos	-1.1	1.1
Chi- cuadrado CASO 4		2.386		
	Problema cardíaco	Recuento (%)	29 (55.8%)	23 (44.2%)
		Residuos corregidos	.9	-.9
	Problema psicológico	Recuento (%)	67 (48.2%)	72 (51.8%)
		Residuos corregidos	-1.0	1.0

Con respecto a la categoría de cuidados observamos que los valores de Chi cuadrado fueron significativos en los cuatro casos clínicos para los profesionales de enfermería, no ocurriendo así para los estudiantes de enfermería participantes. Por tanto, podemos afirmar que en la muestra considerada (N profesionales=253; N estudiantes= 206), el nivel de formación, el género del paciente y la categoría de cuidados no son independientes. Si analizamos los residuos tipificados corregidos de Haberman observamos que los profesionales han ofrecidos más respuestas de las esperadas en la

categorías de técnicas/tareas para el diagnóstico en los pacientes varones y más respuestas de las esperadas en la categoría de intervención terapéutica en las pacientes mujeres. Al igual que ocurrió con los diagnósticos, la tendencia es similar en los estudiantes, pero sin obtenerse datos significativos.

Tabla 2: Valores de Chi cuadrado y de Residuos tipificados corregidos de Haberman en las categorías de cuidados de los cuatro casos clínicos según el nivel de formación

Nivel de formación			Género del paciente	
			Masculino	Femenino
Profesionales	Chi-cuadrado CASO 1	6.715*		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	93 (53.8%)	80 (46.2%)
		Residuos corregidos	2.6	-2.6
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	29 (36.2%)	51 (63.8%)
		Residuos corregidos	-2.6	2.6
	Chi-cuadrado CASO 2	29.509***		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	79 (70.5%)	33 (29.5%)
		Residuos corregidos	5.4	-5.4
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	51 (36.2%)	90 (63.8%)
		Residuos corregidos	-5.4	5.4
	Chi-cuadrado CASO 3	18.954***		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	97 (58.4%)	69 (41.6%)
		Residuos corregidos	4.4	-4.4
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	25 (29.4%)	60 (70.6%)
		Residuos corregidos	-4.4	4.4
	Chi-cuadrado CASO 4	11.169**		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	97 (60.2%)	64 (39.8%)
		Residuos corregidos	3.3	-3.3
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	34 (38.2%)	55 (61.8%)
		Residuos corregidos	-3.3	3.3
Estudiantes	Chi-cuadrado CASO 1	.180		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	54 (51.4%)	51 (48.6%)
		Residuos corregidos	.4	-.4
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	46 (48.4%)	49 (51.6%)
		Residuos corregidos	-.4	.4
	Chi-cuadrado CASO 2	.519		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	60 (52.2%)	55 (47.8%)
		Residuos corregidos	.7	-.7
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	39 (47%)	44 (53%)
		Residuos corregidos	-.7	.7
	Chi-cuadrado CASO 3	.012		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	43 (49.4%)	44 (50.6%)
		Residuos corregidos	.1	-.1
	Intervención terapéutica	Recuento (%)	53 (48.6%)	54 (51.4%)
		Residuos corregidos	-.1	.1
	Chi-cuadrado CASO 4	2.796		
	Técnicas diagnósticas	Recuento (%)	54 (56.8%)	41 (43.2%)
		Residuos corregidos	1.7	-1.7

Estudio Estudiantes: Diagnósticos y Atenciones

Intervención terapéutica	Recuento (%)	42 (44.7%)	52 (55.3%)
	Residuos corregidos	-1.7	1.7

*p<.05, **p<.01, ***p<.001 / Sombreado los porcentajes más altos de respuestas

Con respecto a la relación de los sesgos de género con la edad de los participantes se establecieron 4 grupos de edades en función de la distribución muestral (Menor de 240 meses, 241-276 meses, 277-408 meses y Mayor de 409 meses). Los valores de Chi cuadrado a nivel de categoría diagnóstica resultaron ser significativos en todos los casos clínicos para el grupo de profesionales con edades superiores a los 409 meses (34 años). A nivel de categoría de cuidados los valores de Chi cuadrado resultaron ser significativos en tres de los cuatro casos clínicos para el grupo de profesionales de mayor edad (mayor de 409 meses) y en dos de los cuatro casos clínicos para el grupo de entre 277 meses y 408 meses (23-34 años). Por tanto podemos afirmar que en la muestra considerada (N=459) el aumento de la edad de los participantes podría tener relación con la aparición de sesgos de género a nivel de categorías diagnósticas y de cuidados.

Tabla 3: *Valores de Chi cuadrado en las categorías diagnósticas y de cuidados de los cuatro casos clínicos en relación con la edad de los participantes*

Percentil Grupo de edad	Categoría diagnóstica/cuidados	Valores	Valores
		Categoría diagnósticas	Categoría cuidados
Menor de 240 meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	1.089	.507
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	1.383	2.682
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	4.030	1.873
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	1.102	8.029*
241-276 meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	10.089	3.445
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	1.166	.383
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	5.622	5.388*
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2.778	2.800
277-408 meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	7.681	3.070
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	7.789	13.380***
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	7.658	4.848*
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	12.308*	.235
Mayor de 409 meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	24.001***	2.350
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	20.629***	12.036**
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	12.165*	10.221**
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	15.567**	7.197**

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Con respecto a los sesgos de género y la experiencia profesional se establecieron 5 grupos: Experiencia profesional baja (4-48 meses trabajados); experiencia profesional media (56-132 meses trabajados); experiencia profesional media-alta (144-276 meses trabajados); experiencia profesional alta (288-480 meses trabajados) y sin experiencia profesional, y por tanto recogiendo los datos de la muestra de estudiantes. Con respecto a la categoría diagnóstica los valores de Chi cuadrado resultaron ser significativos en tres de los cuatro casos clínicos en los grupos de experiencia profesional baja, media y media-alta, destacando los valores más significativos en el grupo de experiencia profesional de 144-276 meses (12 años-23 años). En cuanto a las categorías de cuidados los valores de Chi cuadrado resultaron ser significativos en tres de los cuatro casos clínicos para los grupos de experiencia profesional baja (4meses-48 meses) y el grupo de experiencia profesional media-alta (114-276 meses) y en dos de los cuatro casos clínicos para el grupo de experiencia media (56-132 meses). Por tanto de manera general y comparando la totalidad de las muestras de los estudios podemos afirmar que en la muestra considerada (N=459), la experiencia profesional baja, media y media-alta podría tener relación con la aparición de sesgos de género a nivel de categorías diagnósticas y de cuidados.

Tabla 4: *Valores de Chi cuadrado en las categorías diagnósticas y de cuidados de los cuatro casos clínicos en relación con los meses de experiencia de prácticas de los participantes*

Percentil Grupo de experiencia	Categoría diagnóstica/cuidados	Valores Categoría diagnóstica	Valores Categoría cuidados
4-48meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	11.219*	9.520**
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	6.568	5.079*
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	19.009**	8.279**
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	12.556**	,344
56-132meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	10.521*	,129
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	6.999*	10.884**
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	9.955*	3.217
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	5.955	4.751*
144-276meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	24.837***	1.936
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	12.094**	10.823**
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	5.045	11.584**

	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	11.558**	6.099*
288-480meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	7.245	.202
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	11.553**	1.727
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	10.079	.069
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	7.226	2.315
Sin experiencia	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	3.328	.180
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	2.207	.519
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	5.601	.012
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2.386	2.796

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Discusión Estudio Estudiantes

Como ya hemos visto en los estudios realizados en España y Francia parece que ciertos valores culturales compartidos por ambos países podrían estar relacionados con los sesgos de género. Tratando de conocer más sobre el proceso de adquisición de estos sesgos en los profesionales de enfermería hemos planteado dos hipótesis. En primer lugar que estos sesgos de género se pudieran transmitir mediante un intercambio social y cultural y también mediante un proceso de construcción-acción de los sesgos en interacción con el servicio de urgencias, y que por tanto, no estaría presente en la muestra de estudiantes que no tienen experiencia en prácticas en este servicio. En segundo lugar que en el análisis conjunto de profesionales y estudiantes apareciera de manera diferencial y de forma significativa esos sesgos de género. Por tanto, con el objetivo de conocer más sobre el proceso y el momento de adquisición del sesgo se optó por comparar de forma conjunta la muestra de profesionales con una muestra de estudiantes de enfermería que nos ofreciera más información al respecto.

Con respecto a los resultados obtenidos con la muestra de estudiantes, los datos parecen refrendar nuestra hipótesis, no existiendo sesgo de género asociado a un momento del proceso formativo académico, sino a la ausencia de una experiencia de prácticas en urgencias. Parece que los estudiantes de primer curso que no han tenido ningún tipo de contacto con el ámbito clínico obtienen resultados similares a sus compañeros de segundo y tercer curso que han estado entre 2 meses y 4 meses en contacto con el medio

hospitalario sin haber pasado en ningún caso por rotación en urgencias hospitalarias. Y es que tal y como se indica en la literatura, mientras que los niveles de responsabilidad son similares a otros servicios, el rol fundamental de los profesionales de enfermería en el proceso de triage de urgencia, la rapidez de actuación en la toma de decisiones y el paciente en estado cambiante, son aspectos que confiere a esta rotación un carisma especial e importante, lo que lleva en muchos casos que el índice de prevalencia del *burnout* en las unidades de urgencias sea significativamente mayor (Felton, 1998; Lee y Henderson, 1996; Turnipseed, 1998). Es en esta experiencia particular de la práctica profesional donde el estudiante, inmerso en el proceso de construcción-acción, podría estar aprendiendo los estereotipos de género que condicionarían el procesamiento de la información e influirían en la construcción e interpretación posterior de la realidad (Barbera, 1998; Deaux y Martin, 2003; Molina Petit, 2000). Para futuros estudios, sería deseable poder confirmar estos resultados recogiendo muestra de estudiantes que sí hubieran rotado por urgencias comparando con estudiantes con el mismo nivel de formación pero que estuvieran solo a falta de pasar por dicha rotación. Por el contrario sí hemos observado diferencias significativas al analizar de manera conjunta la muestra de profesionales y de estudiantes con respecto a los sesgos de género. Ambos resultados podríamos explicarlos relacionándolos con la reciente incorporación de la perspectiva de género en salud como competencia transversal en los nuevos planes de estudio del grado en Enfermería (BOE, 2007). Esto facilitaría el conocimiento y la adquisición de esta competencia, y podría ser otra línea explicativa de las diferencias de datos encontradas entre la muestra de estudiantes y profesionales de enfermería. El plan de estudios indica que los estudiantes desde primer curso y de manera transversal en todas las asignaturas del grado en enfermería incorporan la perspectiva de género en salud a diferencia de los planes de estudios anteriores (BOE, 2007; Martínez-Martín, 2013,

Sellán, 2009). Esto podría confirmar la hipótesis planteada sobre como los diferentes planes de estudios podrían estar relacionados con diferencias en el proceso de adquisición de los sesgos de género en profesionales y estudiantes de enfermería. Sin embargo, es importante señalar, que aunque los estudiantes de la muestra están recibiendo formación basada en la perspectiva de género (BOE, 2007), si observamos la tendencia de los datos vemos que aun no siendo significativos van en similar dirección de la obtenida por los profesionales españoles y franceses, lo cual podría dar cierto peso a una hipótesis explicativa conjunta de la adquisición de los sesgos de género asociada a la transmisión de valores culturales por intercambio social de manera temprana que se afianzaría con la experiencia práctica y por ende con la interacción con el medio clínico de la urgencia hospitalaria en el proceso de adquisición del sesgo por construcción-acción con el medio.

Con el objetivo de conocer más acerca del momento de adquisición de este sesgo de género revisamos los datos obtenidos con respecto a los años de experiencia profesional y a la edad analizando de manera conjunta todos los participantes de los cuatro estudios. Con respecto a la experiencia profesional parece que según indican los datos el profesional con experiencia profesional baja (4 meses-4 años) o media alta (12-23 años) sería quien mayor número de respuestas relacionadas con los sesgos de género ha ofrecido. En el caso del grupo de menor experiencia profesional podríamos explicarlo asociado a variables de estrés que facilitarían la emergencia del sesgo de género adquirido, ya que según indican los estudios, la profesión enfermera demanda tareas de gran responsabilidad e implicación emocional y cuando los profesionales tienen poca experiencia parece que existe mayor riesgo de estrés (Collados y García, 2012; García y cols., 2013; López y López., 2011; Moya y cols., 2013; Zupiria y cols., 2003; Zupiria, 2006). En el caso del grupo con 12-23 años podría explicarse igualmente asociado a

variables de agotamiento profesional ya que como indican los estudios es entre los 11-15 años de experiencia profesional cuando existe un mayor riesgo de padecerlo (Albaladejo y cols., 2004; Bartolome, Aguilera y Cristobal, 2000; Gil-Monte, García-Jueas y Hernández, 2008; Pera y Serra-Prat, 2002). De manera que a la vista de estas diferencias en los datos parece que las hipótesis de adquisición del sesgo de género por transmisión cultural y de transmisión sesgada de conocimientos a través de la práctica clínica por sí solas no podrían explicar los resultados globales desde una perspectiva temporal de experiencia profesional, donde muy probablemente dicho sesgo ya se encuentre instaurado y sean patrones de vulnerabilidad por estrés los que hagan que emerjan con mayor o menor facilidad. En este sentido pensamos que todos estos profesionales ya han estado en contacto con similares variables sociales y culturales puesto que pertenecen al mismo *cluster* cultural (House y cols., 2004). Y por otro la transmisión de la profesión a través de la figura de la tutora ha sido similar para todos los grupos, ya que es un denominador común a todos los planes de estudios universitarios de la titulación de enfermería (BOE, 1977; CIE, 2010; Sellán, 2009; Solano y Siles, 2013). De manera que de nuevo podríamos plantear una explicación conjunta de estas diferencias con respecto a los sesgos de género relacionada por un lado con los diferentes planes formativos donde se han formado los participantes profesionales de nuestro estudio y por otro a mayores niveles de vulnerabilidad por estrés agudo o crónico en la emergencia del sesgo.

Con respecto a la edad de los participantes parece que el grupo con una edad superior a los 34 años es el que mayor relación ha obtenido con los sesgos de género. Si ponemos este dato en relación con los dos grupos que obtuvieron resultados significativos en experiencia profesional, parece que sería el grupo de entre 12 y 23 años de experiencia el que vitalmente podría tener más de 34 años de edad. Por tanto para conocer más

sobre este proceso de adquisición de los sesgos de género focalizaremos la atención en el profesional mayor de 34 años y con experiencia de 12 a 23 años en el ejercicio de la profesión. Parece que este grupo de profesionales tanto en España como en Francia se habrían formado según el Plan de estudios surgido en los años noventa. Y según indica el Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2010) y la Ley de Reforma Universitaria (Sellán, 2009) este nuevo plan incide en el aprendizaje autónomo y reflexivo del estudiante, quien debe ser el gestor de su propio proceso de formación (Martínez-Martín, 2007; Sellán, 2009; Siles, 1996). Si establecemos comparaciones de este plan con los inmediatamente anteriores planes de estudios observamos que en el plan de finales de los setenta tanto en España como en Francia la universidad otorgaba gran importancia al paso del modelo biomédico al modelo biopsicosocial, resaltando que los cuidados de los profesionales de enfermería tenían que dejar de basarse en la técnica para basarse en el paciente (CIE, 2010; Hernández Conesa, 1995; Sellán, 2007; Siles, 1999). Por tanto el grupo de profesionales de nuestra muestra de mayor edad y este nivel de experiencia profesional se formaron en este contexto social de cambio entorno a los años 90, y esto, unido a la priorización del paciente sobre la técnica, podría explicar una mayor incidencia en los sesgos de género por transmisión cultural al carecer de la formación específica desde una perspectiva de género. Con respecto a las diferencias con el plan de grado actual, como ya hemos indicado, este último incluye la perspectiva de género en salud como competencia transversal (BOE, 2007) lo cual podría explicar el menor sesgo de los estudiantes. Por tanto a la vista de todos estos datos podemos concluir que las diferencias detectadas en los diferentes planes de estudios podrían explicar las diferencias encontradas en sesgos de género en los profesionales y estudiantes de nuestra muestra.

Limitaciones y mejora del estudio

Una de las limitaciones del estudio podría estar asociada al tamaño de la muestra de participantes varones. Finalmente en los estudios realizados, se contó con un total de 395 mujeres y 64 varones. Según indicó Sellán en 2009 y el Ministerio de Sanidad en 2012 esta muestra de enfermeros sería representativa de la población enfermera, sin embargo el número de participantes varones es muy inferior al de mujeres lo cual puede haber afectado a los resultados obtenidos. Con respecto a la prueba experimental y teniendo en cuenta las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías, se podría plantear su entrega y recogida a través de las mismas para facilitar el proceso.

Futuras líneas de investigación

A la vista de los datos obtenidos parece que podría resultar interesante indagar más acerca de cómo un mayor número de rotatorios en prácticas clínicas y específicamente en rotación de urgencias hospitalarias se relacionaría con los sesgos de género. Por ello el poder contar con una muestra de estudiantes de cuarto curso de grado para próximas investigaciones nos ayudaría a conocer más sobre el proceso. También sería interesante poder contar con una muestra de estudiantes de otros países, para ello se podría contar con una muestra de estudiantes de enfermería franceses y poder comparar resultados con los obtenidos con estudiantes de enfermería en España. Incluso sería interesante para confirmar la hipótesis de la emergencia conjunta de adquisición por la práctica y transmisión de valores culturales, la comparación con una muestra tanto de estudiantes como de profesionales de otro país europeo, - y por tanto donde a evolución de los planes de estudios ha sido similar a la española y francesa -, cuyos valores culturales, sobre todo aquellos más relacionados con las variables de género, sean opuestos al *cluster* europeo latino al que pertenecen tanto España como Francia.

Conclusiones

A la vista de los resultados obtenidos parece que podemos concluir que los estudiantes participantes en nuestra muestra no presentaron relación con los sesgos de género, al igual que ocurría con los profesionales de mayor experiencia. A la vista de estos datos y observando que son los grupos de experiencia baja, media y media-alta los que más resultados significativos presentaron, no podemos concluir que sean solo variables del ámbito social y cultural (todos los participantes pertenecen al mismo cluster cultural) o variables de adquisición en el contexto clínico (los profesionales de mayor experiencia no tienen relación con los sesgos) las que determinan la adquisición de los sesgos de género, sino que además deberíamos tener en cuenta variables asociadas a los diferentes planes formativos cursados por los profesionales. Por tanto se podrían plantear cursos de formación que incluyeran la perspectiva de género en salud en los servicios de urgencias, para así mejorar la recepción, clasificación y escalas de triage en los servicios de urgencias.

11. DISCUSION

Tras presentar todos los resultados y discusión individual en los cuatro artículos anteriores pasaremos a hacer una valoración general en relación a cada una de las hipótesis planteadas al inicio de este trabajo. De esta manera podremos obtener una visión global de los estudios realizados que nos permitirá conocer más sobre los sesgos de género en salud y buscar posibles explicaciones a los datos obtenidos y así poder plantear mejoras para el desarrollo de la profesión enfermera.

Como ya hemos visto en la discusión individual de cada artículo parece que la hipótesis 1 (a y b) sobre diagnósticos se ha visto confirmada en el estudio español y francés (5a y 5b) en los cuatro casos clínicos para los profesionales de enfermería españoles y para las enfermeras francesas, encontrándose diferencias en los enfermeros franceses ya que en este caso los sesgos solo aparecen en el 50% de los casos, aunque la tendencia diagnóstica del otro 50% de los casos ha ido en idéntica dirección. De manera similar, con respecto a la hipótesis 2 (a y b) sobre cuidados en España se ha visto confirmada en el 50% de los casos clínicos tanto en profesionales enfermeros como en enfermeras en el primer cuidado ofrecido. Con respecto al segundo cuidado observamos que se confirma en el 100% de los casos clínicos para profesionales enfermeros, no confirmándose en las profesionales enfermeras. En Francia (6a y 6b) pudimos contar con la respuesta para los primeros cuidados. Observamos que se ha visto confirmada la hipótesis en los cuatro casos clínicos para las profesionales enfermeras pero no ocurrió así en los profesionales enfermeros, aunque en dos de los casos clínicos aparezca similar tendencia que en las profesionales enfermeras. Por tanto a la vista de estos datos podemos concluir que la variable género del paciente parece tener un papel explicativo en las diferencias encontradas tanto en diagnósticos clínicos como en cuidados, con

algunas diferencias en función del género del profesional que atiende como se verá reflejado en la hipótesis 3.

Parece que los datos obtenidos en cuanto a diagnósticos han ido en la misma dirección de estudios anteriores con otras metodologías remarcándose varias ideas. Por un lado parece que el género del paciente podría estar afectando al tipo de diagnósticos establecidos por los profesionales sanitarios (Díaz-Granados y cols., 2011; Kent y cols., 2012; Grif, 2012; Lillie-Blanton y cols., 1993; Risberg y cols., 2009; Sen y cols., 2002; Valent y cols., 2013; Valls y cols., 2000; Wenger, 2012). Y por otro lado parece que existe una menor tendencia diagnóstica de problemas cardíacos en pacientes mujeres (Abuful y cols., 2005; Crilly y cols., 2008; Grifs, 2012; Jarvie y Foody, 2010; Mosca y cols., 2011; Risberg y cols., 2009; Valent y cols., 2013; Wenger, 2012), así como una mayor tendencia diagnóstica de problemas psicológicos para ellas. Esto último como ya veíamos podría ser explicado por un lado por el desconocimiento y/o inseguridad por parte de los profesionales sanitarios ante los síntomas que consideran inespecíficos en las pacientes mujeres (Díaz-Granados y cols., 2011; Frankenhaeuser y cols., 1991; Harlow y cols., 1999; Heilbrun, 1998; Martín y cols., 2013; Maserejian y cols., 2009; Mingote, 2000) y por otro porque no se estuvieran tomando en cuenta variables asociadas al proceso de socialización diferente por género (McLean y Hope, 2010) ni la discriminación por género (Borrell y cols., 2011).

Finalmente y con respecto al área de cuidados parece que con nuestro estudio ha quedado evidente que existen diferencias por género del paciente. En el caso de los varones se realizarían más técnicas para el diagnóstico (ECG, toma de constantes, analítica...) y en el caso de las pacientes mujeres más de intervención terapéutica (tranquilizar, tumbar, escuchar, hablar, relajar...). Todo ello iría en idéntica dirección a lo encontrado en estudios anteriores que ya indicaban que los varones reciben más

técnicas para ser diagnosticados y la mujeres reciben menor atención, más lenta, menos agresiva y no adaptada a sus problemáticas (Alonso y cols., 2007; Ayanian y Epstein, 1991; Baumann y cols., 2007; Caidahl y cols., 2004; Chang y cols., 2007; Endoy, 2004; Gargano, 2009; Grif, 2012; Jackson, 2008; Kapral, Degani y Hall, 2011; Lacueva-Moya y cols., 2008; Leeper y Centeno., 2012; McInnes, McAlpine y Walter, 2008; Rohlf, 2007; Valent y cols., 2013; Wenger, 2012).

Con respecto a la hipótesis 3 (a y b) y las diferencias por género del profesional, en España a nivel de diagnóstico se ha visto confirmada la hipótesis 3a, ya que no existieron diferencias entre enfermeros y enfermeras, al igual ocurrió con la muestra de estudiantes, que aun siendo datos no significativos, no hubo diferencias por género del estudiante. Esto iría en similar dirección a lo encontrado por Moreno Luna y colaboradores (2000) que ya observaron que no existían diferencias por género y que profesionales hombres y mujeres se veían igualmente influenciados por el género de sus pacientes. Frente a esto en Francia la hipótesis 3a no se ha visto confirmada ya que sí existieron diferencias entre profesionales enfermeros y enfermeras, observándose un mayor sesgo en las profesionales enfermeras. Esto iría en similar dirección que lo hallado por Adams y colaboradores (2008) que ya indicaron que los profesionales varones estaban menos influenciados por el género del paciente. Con respecto a la hipótesis 3b se vio confirmada en el primer cuidado en profesionales españoles y en estudiantes, aun sin obtener resultados significativos, sin embargo a partir del segundo cuidado dejó de confirmarse, ya que se observó un mayor sesgo en enfermeros que en enfermeras. En Francia la hipótesis 3b no se vio confirmada, ya que las enfermeras presentaron más sesgo que los enfermeros. Por tanto a la vista de los datos parece que sí que existen diferencias por género del profesional a la hora de establecer diagnósticos y cuidados en sus pacientes. Esto iría en similar dirección que algunos de los estudios

referidos, donde ya veíamos que profesionales hombres y mujeres se comportaban diferentes con sus pacientes (Delgado y López-Fernández., 2004; Delgado Sánchez, 1999; Pepió i Vilaubi y cols., 1997; Roter y cols., 2002; Vega Alonso y cols., 1999).

Estas diferencias detectadas podrían explicarse por varios motivos, por un lado asociado al tamaño de la muestra, ya que el número de enfermeros españoles y franceses, aun estando dentro de lo que se considera representativo de la población enfermera (Informe sobre profesionales de enfermería, 2012; Sellán, 2009), ha sido proporcionalmente más pequeño que el de profesionales enfermeras, lo cual podría haber afectado a los datos obtenidos en cada país en función del género del profesional. Y por otro podría explicarse asociado a variables socioculturales compartidas tanto por España como en Francia en cuanto al rol femenino, ya que los cuidados en la mayoría de las culturas se han ligado al género femenino (Collière, 1993; Hernández Conesa, 1999; Hernández Martín, 1996) lo que se podría relacionar con lo que algunos estudios han denominado sesgo sexual del profesional sanitario. Según esto, los profesionales se comportarían según lo esperado socialmente por su género (Markez y cols., 2004). De manera que las diferencias encontradas entre enfermeros y enfermeras podrían estar relacionadas con la diferente manera de construir la realidad de hombres y mujeres en su contexto social y cultural (Barberá, 1998; Deaux y Martín, 2003; Molina Petit, 2000).

Con respecto a la hipótesis 4 hemos encontrado datos en los estudios realizados que nos indican que parece existir relación entre distintos grupos de experiencia profesional y los sesgos de género. A nivel de diagnósticos (4a) en España se encontró que era el grupo de experiencia media-alta y en Francia el grupo de experiencia baja y media los que más relación presentaban con los sesgos de género. Con respecto a los cuidados (4b) en España fueron los grupos de experiencia media y media-alta y en Francia el grupo de experiencia baja los que más relación con los sesgos tuvieron. Por tanto la

hipótesis 4 no se ha visto confirmada ya que parece que los grupos de experiencia profesional baja y media-alta son los que han presentado mayor relación con los sesgos de género. A la vista de estos datos no se puede concluir que sea el mayor tiempo de contacto con la profesión el que determinaría tal adquisición puesto que en ese caso los profesionales de mayor experiencia serían los que habrían tenido mayor probabilidad de sesgos de género. En el caso de España, estos resultados podrían tener cierta relación con variables de agotamiento profesional, ya que según algunos estudios indican es entre los 11 y los 15 años de experiencia profesional cuando más casos de agotamiento existen (Albaladejo y cols., 2004; Bartolomé y cols., 2000; Gil Monte y cols., 2008; Pera y Serra-Prat, 2002). En el caso de Francia los resultados podrían tener cierta relación con variables de estrés al iniciarse en la profesión ya que algunos estudios indican que son los profesionales con menos experiencia los que más riesgo tienen de presentarlo (Collados y García, 2012; Ferrer, 2002; García y cols., 2013; López y López., 2011; Moya y cols., 2013; Zupiría y cols., 2003; Zupiría, 2006). También se podría pensar que en los profesionales franceses el riesgo de agotamiento profesional apareciera asociado a experiencias profesionales más tempranas que en España, y por tanto que en ambos países los datos en sesgos se podrían relacionar con el agotamiento profesional. Sin embargo los estudios realizados en Francia sobre burnout (Colombat y cols., 20011; Pronost y cols., 2008) indican relación con el mismo rango de experiencia profesional encontrado en España lo que invalidaría esta hipótesis explicativa. Una alternativa podrían ser por las diferencias encontradas por el *Hofstede Center* (Hoefstede, 2001; Hoefstede, 2009) en la dimensión distancia de poder, donde los franceses obtienen una mayor puntuación, lo que podría hacer que los profesionales franceses con menor experiencia buscaran menos ayuda y supervisión de sus compañeros y esto les llevara a cometer un mayor sesgo de género.

Con respecto a las hipótesis 5 (5a y 5b), 6 (6a y 6b) y 7 (7a y 7b) sobre similitudes y diferencias entre profesionales españoles y franceses podemos concluir que los datos encontrados tanto en diagnósticos (5a y 5b) como en cuidados (6a y 6b) han ido en la dirección esperada y de manera similar, tras el análisis conjunto de los datos en ambos países (7a y 7b). Por lo tanto todas estas hipótesis se verían confirmadas. Como ya veíamos tanto en España como en Francia las datos estadísticos indicaban que las mujeres fallecen más por ECV (INE, 2008; INE, 2011; Insee, 2011) y sin embargo los profesionales de nuestro estudio han utilizado menos este diagnóstico con las pacientes mujeres que el de problema mental y del comportamiento. Estos datos irían en la misma dirección que todos los estudios internacionales presentados al inicio de este trabajo y que evidenciaban la aparición de los sesgos de género en el ejercicio y desarrollo de las profesiones sanitarias (Díaz-Granados y cols., 2011; Kent y cols., 2012; Risberg y cols., 2009; Ruiz-Cantero, 2008; Sims y cols., 2010; Valent y cols., 2013; Wenger, 2012).

Estas similitudes de resultados entre Francia y España podrían explicarse por lo referido en el Global Study con respecto a los *cluster* culturales, donde ambos países comparten *cluster* cultural y por tanto valores, creencias y comportamientos (House y cols., 2004).

Sin embargo han existido algunas diferencias entre ambos países relacionadas fundamentalmente con los profesionales enfermeros. Estas diferencias detectadas entre enfermeros españoles y franceses las podríamos explicar basándonos en las tres dimensiones del *Hofstede Center* (Hofstede, 2001; Hofstede, 2009) donde Francia obtiene puntuaciones algo superiores a España. De manera que la diferencia de resultados podría estar relacionada con las diferencias en individualismo, pragmatismo y distancia de poder de los enfermeros franceses en su puesto de trabajo. Estas dimensiones podrían explicar que los enfermeros franceses tuvieran una visión más pragmática, individualista y técnica a la hora de tomar decisiones en los servicios de

urgencias, y por tanto focalizaran más su atención en los síntomas y atendieran por igual a pacientes de distinto género.

Con respecto a la hipótesis 8 (a y b) planteada para el estudio realizado con estudiantes, indicar que se ha visto confirmada, ya que ni en los diagnósticos (8a) ni en los cuidados (8b) los estudiantes han mostrado de manera significativa la aparición de sesgos de género. Esto podría estar relacionado con los rotatorios de prácticas realizados por los estudiantes en el ámbito clínico. Como ya hemos visto los estudiantes de nuestra muestra han realizado entre 2 y 4 meses de prácticas clínicas en servicios generales y parece que en ese contexto no han adquirido la formación de sesgos de género. Podría ser en los servicios de urgencias, donde dadas las exigencias de rapidez de actuación de los profesionales, unido a la llegada de pacientes en estado cambiante (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias, 1999; Aranguren y cols., 2005; García Mora, 2005) donde los estudiantes pudieran adquirir con mayor probabilidad estos sesgos de género que hemos detectado en los profesionales.

Con respecto a las diferencias encontradas entre estudiantes y profesionales tras el análisis del conjunto de los datos (hipótesis 9a y 9b), esta diferencia podría explicarse de acuerdo al Real Decreto 1393/2007, del 29 de Octubre, donde el artículo 3.5 establece que todas las enseñanzas universitarias en su adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior deben diseñarse desde el respeto a los derechos fundamentales y la igualdad entre hombres y mujeres, incluyendo la perspectiva de género dentro de los programas y guías docentes de grado (BOE, 2007). De manera que los estudiantes de nuestra muestra estarían siendo formados de acuerdo a esta perspectiva de género en salud, lo que podría explicar la no aparición de datos significativos y las diferencias encontradas con los profesionales de enfermería. Sin embargo si nos fijamos en la tendencia que siguen los datos de estudiantes, observaremos que van en similar

dirección a la de los profesionales, lo cual vendría a dar peso a la idea de adquisición de estos sesgos de género por intercambio social y cultural, pudiéndose afianzar con la práctica clínica en los servicios de urgencias.

Con respecto a la hipótesis 10 (a y b) en la muestra de participantes en el estudio no se observó que fueran los de mayor experiencia profesional los que presentaron mayor relación con los sesgos de género. Con respecto a los diagnósticos (10a) se observó que fue el grupo de experiencia profesional comprendido entre 144-276 meses el que presentó mayor relación con los sesgos de género. Sin dejar de lado los grupos de 4-48 meses y 56-132 meses que también presentaron resultados significativos. Y a nivel de cuidados (10b) fueron los grupos con experiencia profesional de entre 4-48 meses y 144-276 meses los que más relación guardaron con los sesgos de género. De manera que a la vista de estos datos nuestra hipótesis 10 no se ha visto confirmada. Parece que el aumento de los años de experiencia profesional no sería lo que más relación guardaría con los sesgos de género. Parece que sería el profesional con una experiencia media-alta (12-23 años de experiencia) o un profesional con experiencia baja (4 meses y 4 años) los que más relación han tenido con estos sesgos. A la vista de estos datos nuevamente no podemos concluir que sean sólo variables de transmisión cultural o de transmisión sesgada de la profesión las que expliquen los resultados globales ya que si así fuera todos los grupos obtendrían similares resultados puesto que pertenecen al mismo *cluster* cultural (House y cols., 2004) y han tenido un similar proceso de transmisión de la profesión (BOE, 1977; CIE, 2010; Sellán, 2009; Solano y Siles, 2013). Por ello se podría pensar que las diferencias detectadas podrían tener relación con los diferentes planes de estudios, donde el grupo de experiencia profesional baja, media y media alta han podido recibir una formación diferente que estudiantes y que los profesionales con más

experiencia profesional (CIE, 2010; Sellan, 2009; Siles, 1999). Profundizaremos en esta posible explicación más adelante.

Finalmente y con respecto a la hipótesis 11 (a y b) indicar que se ha visto confirmada, ya que tanto a nivel de diagnósticos (11a) como de cuidados (11b) ha sido el grupo de más edad (mayor de 409 meses) en el que mayor relación hemos encontrado con los sesgos de género. Por tanto parece que los profesionales con edades superiores a los 34 años serían los que guardarían una mayor relación con los sesgos de género. No se han encontrado estudios que relacionen los sesgo de género con la edad de los profesionales sanitarios pero si lo relacionamos con los datos encontrados en el apartado anterior podremos concluir que en la muestra considerada parece que el profesional con edad superior a los 34 años y con una experiencia profesional de entre 12 y 23 años es el que más relación tendría con los sesgos de género. De manera que los profesionales de mayor experiencia se podrían haber formado en el plan previo a la reforma de los años noventa y actualmente tendrían entre 58 y 42 años de edad con 37 y 21 años de experiencia profesional. Los profesionales con experiencia media, media-alta y baja se habrían formado tras la reforma de los años 90 y actualmente tendrían entre 41 y 28 años y entre 20 y 7 años de experiencia profesional. Este plan de estudios de los años noventa ponía gran peso en la autonomía del profesional y priorizaba los cuidados del paciente sobre los cuidados técnicos, lo que unido a la no inclusión de la perspectiva de género en su temario, ha podido hacer que estos profesionales presenten una mayor incidencia de sesgo de género.

A la vista de todos los datos ofrecidos parece que no podemos decir que sean solo variables de transmisión cultural y de transmisión sesgada de conocimientos a través de la práctica clínica las que pueden explicar los resultados globales encontrados. Sino que

también habría que tomar en cuenta cómo los diferentes planes formativos y variables de vulnerabilidad de estrés han influido en esta adquisición de los sesgos de género.

12. CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados al inicio de este trabajo de tesis doctoral podemos concluir que los sesgos de género podrían considerarse el factor explicativo de las diferencias en los diagnósticos y las atenciones que han establecido las profesionales de enfermería tanto en España como en Francia. No observándose grandes diferencias entre profesionales enfermeras de ambos países.

Además con respecto al género del profesional que atiende se han observado algunas diferencias, siendo los profesionales enfermeros españoles los que mayor nivel de sesgo presentaron al elaborar el segundo cuidado de sus pacientes. Y siendo los profesionales enfermeros franceses los que menor nivel de sesgo presentaron en sus respuestas. Estos datos podrían explicarse por las diferencias detectadas en dimensiones específicas de valores culturales entre ambos países.

Con respecto a la edad y experiencia profesional ha existido una mayor influencia del sesgo de género cuando los profesionales españoles tenían una experiencia profesional media-alta y cuando los profesionales franceses tenían una experiencia profesional baja, explicado por los perfiles diferenciales en ambos países de procesos de vulnerabilidad y estrés para la emergencia del sesgo. No hemos observado este sesgo en los profesionales con más experiencia ni en los estudiantes de los diferentes cursos de grado en enfermería que no han tenido experiencia práctica en urgencias hospitalarias, lo que podría explicarse conjuntamente por la diferencia de planes de estudios (los más antiguos más pragmáticos y los más actuales con formación específica en perspectiva de género) y por la adquisición de los sesgos en la interacción con el medio. En cuanto a la edad de los participantes existe mayor influencia del sesgo de género en profesionales con edades superiores a 34 años que coincide con el grupo de experiencia profesional de mayor sesgo, sometido al cambio de paradigma en los planes de estudio.

En cuanto a los factores explicativos a estos sesgos de género encontrados referir que parece que podría ser la diferente formación teórica recibida por los profesionales de enfermería asociada a los diferentes planes de estudios universitarios de manera conjunta con la transmisión de valores culturales a través de los procesos de construcción-acción derivados de la experiencia clínica en urgencias la que podría explicar el hallazgo de estos sesgos. Para confirmar estas hipótesis serán necesarios futuros estudios donde se recojan tanto grupos de países europeos (ya que tienen la misma evolución de los planes de estudios) pero pertenecientes a *cluster* opuestos en las dimensiones relacionadas con el género, y grupos de estudiantes que tengan la experiencia de prácticas con rotación en urgencias hospitalarias y estudiantes del mismo nivel formativo que lo único en que se diferencien es que aún no hayan realizado dicha rotación.

Aportaciones de esta investigación

Con este trabajo hemos podido conocer más sobre cómo los profesionales de enfermería atienden a sus pacientes hombres y mujeres en los servicios de urgencias de determinados servicios sanitarios de Madrid y París. Hemos profundizado más en cómo se está atendiendo actualmente a las diferentes necesidades de hombres y mujeres en problemas concretos de salud. Y además nos ha permitido reflexionar sobre las repercusiones que estos sesgos detectados podría tener sobre la salud y la enfermedad de mujeres y hombres.

La contribución más importante de este proyecto estaría asociada a la mejora del conocimiento sobre el proceso de salud y enfermedad de hombres y mujeres planteándose que tanto los diagnósticos como los cuidados se adapten a las necesidades específicas de cada género.

Por otro lado este trabajo también permitirá que los profesionales de enfermería amplíen sus conocimientos y su formación sobre cómo valorar y atender a las necesidades de sus pacientes introduciéndose la perspectiva de género en salud en los servicios de urgencias mediante por ejemplo planes de formación continuada. Incluso se podrían plantear sucesivas líneas de investigación que permitan crear diferentes escalas de Triage según el género del paciente.

Finalmente con este trabajo se darán a conocer los resultados de los distintos estudios de investigación que hemos realizado. Esto ayudará no sólo a mejorar los conocimientos específicos de los profesionales y estudiantes de enfermería, sino que permitiría que la población general también pueda conocer la existencia de estas diferencias en salud. Esto podría ayudar a que las propias pacientes mujeres conocieran las diferentes maneras de enfermar asociadas a su género y así aprendieran a identificar los síntomas precoces de sus patologías y pudieran acudir a los servicios sanitarios en los tiempos adecuados para poder hacer una intervención temprana y diferencial adaptada a sus necesidades. De esta manera podríamos prevenir y detectar a tiempo muchas patologías que por ser desconocidas en el género femenino se detectan tarde y como consecuencia evolucionan con peor pronóstico.

13. REFERENCIAS

- Abadal, L.T. (1999). Riesgo cardiovascular en la menopausia: mito, paradoja o realidad. Importancia de las observaciones clínicas frente a la interpretación de los datos estadísticos. *Revista Española de Cardiología*, 52, 463-466.
- Abuful, A., Gidron, Y., Henkin, Y. (2005). Physicians' attitudes toward preventive therapy for coronary artery disease: is there a gender bias? *Clinic Cardiology*, 28 (8), 389-393.
- Adams, A., Buckingham, C. D., Lindenmeyer, A., McKinlay, J. B., Link, C., Marceau, L., & Arber, S. (2008). The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. *Sociology of Health & Illness*, 30 (1), 1-18.
- Aguirre, C.J., Hernández, N., Fernández, A. (2006). Actuación frente a determinadas emergencias en atención primaria. *Revisión SEMG*, 91, 796-806.
- Ahmed, S.B., Cheung, A.M., Grace, S.L., Stelfox, H.T., Tomlinson, G. (2004). Gender bias in cardiovascular advertisements. *Journal Evaluation in Clinical Practice*, 10 (4), 531-8.
- Alati, R., Fowler, G., Green, D., Kinner, S., Najman, J.M., Watt, K. (2004). Gender differences in the relationships between alcohol, tobacco and mental health in patients attending an emergency department. *Oxford Journal: Alcohol and alcoholism*, 39 (5), 463-469.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, Astasio, P., Calle, P. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 8 (4), 505-516.
- Alconero Camarero, A.R., Labrador Cobo, P., Gutiérrez Torre, E., Casaus Pérez, M., Muñoz Suarez, P., Hernández, P. (2006). Valoración del dolor torácico en un

- servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Enfermería Cardiológica*, 13 (39), 27-32.
- Aldasoro, E., Calvo, M., Esnaola, S. (2007). Diferencias de género en el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio. *Medicina Clínica*, 128, 81-85.
- Allen, L.M., Nelson, C.J., Rouhbakhsh, P., Scifres, S.L., Greene, R.L., Kordinak, S.T...Morse, R.M. (1998). Gender differences in factor structure of the Self - Administered Alcoholism Screening Test. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 439-445.
- Alonso, E., Lekuona, I, Aldasoro, E., Arós, F., Arteagoitia, J.M., Audicana, C., Basterretxea, M., Calvo, M., Esnaola, S., Hurtado de Saracho, I, IBERICA-País Vasco Group, Marrugat, J.(2007). Gender differences in early reperfusion treatment after myocardial infarction. *Medicina Clinica Barcelona*, 128 (3), 81-85.
- Altemus, M., Sarvaiya, N., Epperson, C.N. (2014). Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35, 320-330.
- Álvarez-León, E.E., Elosua, R., Zamora, A., Aldasoro, E. y los investigadores del estudio IBERICA. (2004). Recursos hospitalarios y letalidad por Infarto de miocardio. Estudio IBERICA. *Revista española de cardiología*, 57 (6), 514-523.
- Aranguren, E., Capel, J.A., Solano, M., Jean Louis, C., Larumbe, J.C., Elejalde, J.I. (2005). Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28 (2), 177-188.
- Arber, S., McKinlay, J., Adams, A., Marceau, L., Link, C., O'Donnell, A. (2006). Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management

- strategies relating to CHD: a video-simulation experiment. *Social Science & Medicine*, 62 (1), 103-115.
- Arrizabalaga, P., Abellana, R., Viñas, O., Merino, A., Ascaso, C. (2014). Gender inequalities in the medical profession: are there still barriers to women physicians in the 21st century? *Gaceta Sanitaria*, 30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.014>
- Arslanian-Engoren, C. (2000). Gender and age bias in triage decisions. *Journal of Emergency Nursing*, 26(2), 117-24.
- Arslanian-Engoren, C. (2001). Gender and age differences in nurses' triage decisions using vignette patients. *Nursing Research*, 50 (1), 61-66.
- Arslanian-Engoren, C. (2005). Patient cues that predict nurses' triage decisions for acute coronary syndromes. *Applied Nursing Research*, 18(2), 82-89.
- Arslanian-Engoren, C., Engoren, M. (2007). Using a genetic algorithm to predict evaluation of acute coronary syndromes. *Nursing Research*, 56, 82-88.
- Arslanian-Engoren, C. (2009). Explicating nurses' cardiac triage decisions. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24, 50-57.
- Arslanian-Engoren, C., Eagle, K., Hagerty, B., Reits, S. (2011). Emergency Department Triage Nurses' Self-reported Adherence With American College of Cardiology/American Heart Association Myocardial Infarction Guidelines. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(5), 408-413.
- Artazcoz, L. (2004). Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), 1-2.
- Assiri, A.S. (2011). Gender differences in clinical presentation and management of patients with acute coronary syndrome in Southwest of Saudi Arabia. *Journal Saudi Heart Association*, 23 (3), 135-141.

- Avotri, J.Y., Walters, V. (1999). You just look at our work and see if you have any freedom on earth: Ghanaian women's accounts of their work and health. *Social Science & Medicine*, 48, 1123-1133.
- Ayanian, J.Z., Epstein, A.M.(1991). Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *New England Journal Medical*, 325, 221-225.
- Azorin, J.M., Belzeaux, R., Fakra, E., Kaladjian, A.,Hantouche, E.,Lancrenon, S. (2014). Gender differences in a cohort of mayor depressive patients: Further evidence for the male depression syndrome hypothesis. *Journal Affect Disorder*, 5, 167C, 85-92.
- Bagby, R.M., Dickens, S.E., Fitzgerald, L., Garfinkel, P.E., Schuller, D.R., Schulte, F.S. (2004). Gender differences in the practice characteristics and career satisfaction of psychiatrists in Ontario. *Academic Psychiatry*, 28 (4), 310-320.
- Bairey Merz, C.N., Shaw, L.J., Reis, S.E., *et al* for the WISE Study Group. (2006) Insights from the NHLBI-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) study. Part II: Gender differences in presentation, diagnosis, and outcome with regard to gender-based pathophysiology of atherosclerosis and macrovascular and microvascular coronary disease. *Journal American College of Cardiology*, 7(S), 21S-9S.
- Barberá E. (1998). Psicología del género. Barcelona: Ariel. Psicología.
- Baró, J. and Alemany, R. (2000). *Estadística II*. Ed. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona.
- Baron-Cohen, S, Knickmeyer, R, & Belmonte, M (2005) Sex differences in the brain: implications for explaining autism. *Science*, 310, 819-823.

- Bartolome, M., Aguilera, G., Cristobal, C. (2000). Síndrome de Burn-out y enfermería. Un enfoque desde la prevención. II Jornadas científicas de Almería. Universidad de Almería.
- Bassan, R., Gibler, W.B. (2001). Unidades del dolor torácico: estado actual del manejo de pacientes con dolor torácico en los servicios de urgencias. *Revista Española de Cardiología*, 54 (9), 1103-1109.
- Batty, G.D., Emslie, C., Hunt, K., Lewars, H. (2007). Decreased risk of death from coronary heart disease amongst men wit higher “feminity” scores a general population cohort study. *International journal of epidemiology*, 36 (3), 612-620.
- Baumann, B., Follansbee, C., Campbell, C., Chang, A.M., Hollander, J., Jones, M., Mumma, B., Shofer, F. (2007). Gender bias in cardiovascular testing: Is it Due to Patient Preference? *Academic Emergency Medicine*, 14 (5), S106.
- Bello, N., Mosca, L. (2004). Epidemiology of coronary heart disease in women. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 46 (4), 287-295.
- Bennett, J.C. (1993).Inclusion of women in clinical trials-policies for population subgroups. *New England Journal medicine*, 329 (4), 288-292.
- Bernstein, B., Kane, R. (1981). Physicians´attitudes toward female patients. *Medical Care*, 19 (6), 600-608.
- Bernstein, A., Zvolensky, M., Stewart, S., Nancy-Comeau, M., Leen-Feldner, E., (2006). Anxiety sensitivity taxonicity across gender among youth. *Behavior Research Theraphy*, 44, 679–698.
- Bierman, A.S., Chan, S., Chou, A.F., Correa de Araujo, R., Scholle, S.H., Weisman, C.S., Wong, L. (2007). Gender disparities in cardiovascular disease care among commercial and medicare managed care plans. *Womens Health Issues*, 17 (3), 139-149.

- Blauwet, L.A., Redberg, R.F. (2007). The role of sex specific results reporting in cardiovascular disease. *Cardiology Review*, 15 (6), 275-278.
- Bolívar, J., Martínez , R., Mateo ,I., Torres, J.M., Pascual, N., Rosell, F. , A. Reina , Martín-Castro, C., Daponte , A. (2013). Patient responses to symptoms of acute coronary syndrome: a gender-perspective study. *Emergencias*, 25, 23-30.
- Bongard, V., Grenier, O. Ferrieres, J., Danchin, N., Cantet, C., Amelineau, E., Cambou JP. (2004). Drug prescriptions and referral to cardiac rehabilitation after acute coronary events: comparison between men and women in the French PREVENIR Survey. *International Journal of Cardiology*, 93(2-3), 217-223.
- Borglin, G., Richards, D. A. (2010). Bias in experimental nursing research: Strategies to improve the quality and explanatory power of nursing science. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (1), 123-128.
- Borrell, C., García-Calvente, M.M., Martí-Boscà, J.V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1).
- Borrell, C., Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82 (3).
- Borrell, C., Artacoz, L., Gil-González, D., Pérez, G., Vives-Cases, C., Rohlf, I. (2011). Determinants of perceived sexism and their role on the association of sexism with mental health. *Women Health*, 31, 51 (6), 583-603.
- Bösner, S., Haasenritter, J., Hani, M. A (2011). Gender bias revisited: new insights on the differential management of chest pain. *BMC Family Practice*, 12, 45.
- Bracke, P. (2000). The three year persistence of depressive symptoms in men and women. *Social Science & Medicine*, 51, 51-64.
- Briones del Dedo, N., Pereda, C., Actis, W., De Prada, M.A. (2000). Las mujeres y sus síntomas: Trastornos psicológicos detectados en los Centros de Salud de la

- Comunidad de Madrid. Comisión de Salud del Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid.
- Burin, M., Moncarz, E., Velázquez, S. (1990). El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos aires: Paidós.
- Caidahl, K., Hartford, M., Herlitz, J., Karlson, B.W., Karlsson, T., Perers, E., Sjölin, M. (2004). Spectrum of acute coronary syndromes: History and clinical presentation in relation to sex and age. *Cardiology Review*, 102 (2), 67-76.
- Canalejas, M.C. (2006). Enseñanza de Grado en Enfermería en el marco de la Convergencia Europea. *Metas de Enfermería*, 9(1), 28-31.
- Cardenal Hernández, V., Sánchez-López, M.P. (2006). Mujeres, Trabajo y Salud. Madrid: Complutense.
- Carter, R. (2011). Sex variations in youth anxiety symptoms: effects of pubertal development and gender role orientation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 730–741.
- Carton, J. (2013). *Manual de Patología Clínica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Case, A.C., Paxson, C. (2004). Sex Differences in Morbidity and Mortality. *National Bureau of Economic Research Working Papers*, 10653.
- Castaño López, E., Plazaola Castaño, J., Bolívar Muñoz, J., Ruiz Pérez, I. (2006). Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). *Revista Española de Salud Pública*, 80, 705-716.
- Castillo, S., Vessoni, R.D. (2007). La relación tutor-estudiante en las prácticas clínicas y su influencia en el proceso formativo del estudiante de Enfermería. *Educare* 21; 38.

- Ceniceros Rozalén, I., Gastaldo Simeón, R., Cabadés O'Callaghan, A. and Cebrián Doménech, J. (1997). El sexo femenino es un factor pronóstico independiente de mortalidad en la fase aguda del infarto de miocardio. *Medicina Clínica*, 109, 171-4.
- Centre d'epidemiologie sur les causes médicales de décès. (2003). Statistiques: Hiérarchisation des problèmes de santé. [en línea] Recuperado de http://www.certdc.inserm.fr/public_view.php?ihm=107-1
- Chaitman, B.R., Ryan, T.J., Kronmal, R.A., Foster, E.D., Frommer, P.L., Killip, T. (1990). Coronary Artery Surgery Study (CASS): comparability of 10 year survival in randomized and randomizable patients. *Journal of American College of Cardiology*, 16, 1071-1078.
- Chandola, T., Kuper H., Singh-Manoux, A., Bartley, M., Marmot, M. (2004). The effect of control at home on CHD events in the Whitehall II study: Gender differences in psychosocial domestic pathways to social inequalities in CHD. *Social Science and Medicine*, 58(8), 1501-1509.
- Chang, A.M., Hollander, J.E., Mumma, B., Robey, J.L., Sease, K.L., Shofer, F.S. (2007). Gender bias in cardiovascular testing persists adjustment for presenting characteristics and cardiac risk. *Academic Emergency Medicine*, 14 (7), 599-605.
- Chavez-Viamontes, J.A., Quiñones Hernández, J., Bernárdez Hernández. (2009) Talidomida, contexto histórico y ético. *Revista Humanidades Medicas [online]*, 9 (3).
- Chen, W., Woods, S.L., Wilkie, D.J., Puntillo, K.A. (2005). Gender differences in symptom experiences of patients with acute coronary syndromes. *Journal Pain Symptom Manage*, 30 (6), 553-562.

- Chen, S.F., Karp, I., Pilote, L. (2007). Sex differences in the effectiveness of statins after myocardial infarction. *Canadian Medical Association Journal*, 176 (3), 333-338.
- Chrysoshoou, C., Panagiotakos, D.B., Pitsavos, C., Kokkinos, P., Marinakis, N., Stefanadis, C., Toutouzas, P.K. (2003). Gender differences on the risk evaluation of acute coronary: CARDIO 2000 study. *Prevention Cardiology*, 6 (2), 71-77.
- Colameco, S., Becker, L.A., Simpson, M. (1983). Sex bias in the assessment of patients complaints. *Journal of Family Practice*, 16, 1117-1121.
- Collière, M.F. (1993). Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.
- Collados, J.M., García, N. (2012). Riesgo de estrés en estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas. *Revista Científica de Enfermería*, 4, 1-10.
- Colombat, P., Altmeyer, A., Barruel, F. y cols. (20011). Caregiver burnout in French. *Oncologie*, 13, 845-863.
- Consejo Internacional de Enfermeras (2014). Pilares, programas y práctica profesional. Consultado el 20 de septiembre de 2014. Recuperado de: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/pillars-and-programmes/>
- Coutinho, T. (2014). Arterial Stiffness and its clinical implications in women. *Canadian Journal of cardiology*, 30(7), 756-764.
- Crilly, M. A. (2007). Gender differences in the clinical management of patients with angina pectoris: a cross-sectional survey in primary care. *BMC Health Services Research*, 7, 142.
- Crilly, M.A., Bundred, P.E., Leckey, L.C., Johnstone, F.C.(2008). Gender bias in the clinical management of women with angina: another look at the Yentl syndrome. *Journal of Womens Health*, 17 (3), 331-342.

- D'Agostino, R.B., Vasan, R., Pencina, M., Wolf, P., Cobain, M., Massaro J. (2008). General cardiovascular risk profile for use in primary care. The Framingham Heart Study. *Circulation*, 117, 743-753.
- Daly, C., Clemens, F., López Sendon, J.L. Euro Heart Survey investigators. (2006). Gender differences in the management and clinical outcome of stable angina. *Circulation*, 113 (4), 490-498.
- Damoiseaux, V.A., Proost, J.H., Jiawan, V.C., Melgert, B.N. (2014). Sex differences in the pharmacokinetics of antidepressants: influence of female sex hormones and oral contraceptives. *Clinical Pharmacokinetics*, 53(6), 509-519.
- Deaux, K., Martin, D. (2003). Interpersonal networks and social categories: Specifying levels of context in identity processes. *Social Psychology Quarterly*, 66(2), 101-117.
- Delgado Sánchez, A. (1999). El papel del género en la relación médico-paciente. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 6, 509-516.
- Delgado Sánchez, A., López-Fernández, L., Luna, J.D. (2001). Ser médico o ser médica marca diferencias en la práctica asistencial. *Atención Primaria*, 28, 219-234.
- Delgado, A., López-Fernández, L.A. (2004). Práctica profesional y género en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), 112-117.
- Dedovic, K., Wadiwalla, M., Engert, V., Pruessner, J.C. (2009). The Role of Sex and Gender Socialization in Stress Reactivity. *Developmental Psychology*, 45 (1), 45-55.
- Dennerstein, L., Dudley, E., Burger, H. (1997). Well-being and the menopausal transition. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 18, 95-101.
- DeVon, H. A, Zerwic, J.J. (2002). Symptoms of acute coronary syndromes: are there gender differences? A review of the literature. *Heart Lung*, 31 (4), 235-245.

- Diaz-Granados, N., McDermott, S., Wang, F. (2011). Monitoring gender equity in mental health in a low-, middle-, and high-income country in the Americas. *Psychiatric Services*, 62 (5), 516-524.
- Divorne, L. (2003). Demarché de tri: outils de tri existants. *Enseignement Supérieur Infirmiers*, 2, 11-18.
- Donner, N.C., Lowry, C.A. (2013). Sex differences in anxiety and emotional behavior. *Pfugers Archives: European Journal of Physiology*, 465 (5), 601-626.
- Donohue, J. (2000). The trouble with triage tags. *Trauma Care*, 10, 7-11.
- Dresch, V. (2006). Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica: diferencias según sexo-genero, situación laboral y cultura-nación. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense. Madrid.
- Dura, M. (2008) “Cuando las enfermedades tienen género”. La Vanguardia. Barcelona.
- Dyer, A., Berry, J.D., Carnethon, M., Greenland, P., Lloyd-Jones, D.M., Tian L. (2008). Association of traditional risk factors with cardiovascular death across 0 to 10, 10 to 20 and > 20 years follow-up in men and women. *American Journal Cardiology*, 101 (1), 89-94.
- Ehrich, L., Tennent, L., Hansford, B. (2002). A Review of Mentoring in Education: Some Lessons for Nursing. *Contemporary Nurse*, 12(3), 253-264.
- Endoy, M.P. (2004). CVD in women: risk factors and clinical presentation. *The American Journal for Nurse Practitioners*, 8 (2), 33-36, 38-40.
- Epperson, C., Steiner, M., Hartlage, S., Eriksson, E., Schmidt, P., Jones, I., Yonkers, K. (2012). Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *American Journal Psychiatry* 169, 465–475.
- Ettinger, S.M. (2003). Myocardial infarction and unstable angina: gender differences in therapy and outcomes. *Current Womens Health Reports*, 3(2), 140-8.

- European Institute of Women's Health. (2012). Gender Bias Continues in Heart Health. Recuperado de: <http://eurohealth.ie/2012/04/23/gender-bias-continues-in-heart-health>.
- Faravelli, C., Alessandra Scarpato, M., Castellini, G., Lo Sauro, C. (2013). Gender differences in depression and anxiety: The role of age. *Psychiatry Research*, 2.
- Felton J.S. (1998). Burnout as a clinical entity--its importance in health care workers. *Occupational Medicine*, 48, 237-50
- Ferraz Torres, M., Belzunegui Otano, T., Marín Fernández, B., Martínez García, O., Azcona Ciriza, L., Jiménez Fábregas, X. (2014). Percepción y actuación de los pacientes con patología coronaria aguda en la fase prehospitalaria. *Metas de Enfermería*, 17 (2), 6-11.
- Ferrer, M.A. (2002). Análisis situacional de las prácticas clínicas en la Escuela de Enfermería de Soria. *Metas de Enfermería*, 5 (3), 18-22
- Fisher, L.D., Judkins, M.P., Lesperance, J., Cameron, A., Swaye, P., Ryan, T. (1982). Reproducibility of coronary arteriographic reading in the coronary artery surgery study (CASS). *Cathet Cardiovascular Diagnosis*, 8, 565-575.
- Fortes, E., Suserud, B.O., Jonsson, A., Lundberg, L. (2009). Analysis of triage worldwide. *Emergency Nurse*, 14 (4), 16-19.
- Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Chesney, M. (1991). Women, work and health. Stress and opportunities. New York: Plenum Press.
- Freeman, E., Sammel, M., Boorman, D., Zhang, R. (2014). Longitudinal pattern of depressive symptoms around natural menopause. *Journal of American Medical Association Psychiatry* 71, 36-43.

- Fumura, M., Ishitake, T. (2012). The relationship between burnout, personal traits and the work environment of caregivers in group homes. *Nihon Koshu Eishi Zasshi*, 59(11), 822-832.
- Fundación Española del Corazón. (2013). La mujer sigue siendo la “cenicienta” de la salud cardiovascular en España. [homepage en internet]. Recuperado de <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2543-mujer-sigue-siendo-cenicienta-de-salud-cardiovascular-en-espana.html>.
- Fuhrer, R., Wessely, S. (1995). The epidemiology of fatigue and depression: a french primary-care study. *Psychology medical*, 25, 895-905.
- Gami, A.S., Witt, B.J., Howard, D.E. (2007). Metabolic syndrome and risk of incident cardiovascular events and death: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of the American College of Cardiology*, 49 (4), 403-414.
- García, P., González, R., Monte, A., Pérez, G., Rodríguez, C., Yáñez, L. (2013). Estrés en estudiantes de Enfermería. Estrategias para el manejo y prevención. *Revista Educare21*, 11 (4). Recuperado de: <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/>
- García Mora, S. I. (2005). Enfermería ante el dolor torácico de origen cardiológico en una unidad de hospitalización. *Enfermería Cardiológica*, 12 (36), 45-49.
- García Martín-Caro, C., Martínez Martín, M.L. (2001). Historia de la Enfermería. Evolución Histórica de Cuidado Enfermero. Madrid: Harcourt.
- Gargano, J.W., Wehner, S., Reeves, M.J. (2009). Do presenting symptoms explain sex differences in emergency department delays among patients with acute stroke? *Stroke*, 40, 1114-1120.

- Gijsbers van Wijk, C.M.T., Kolk, A.M., Van den Bosch, W.J., Van den Hoogen, H.J. (1995). Male and female health problems in general practice: The differential impact of social position and social roles. *Social Science and Medicine*, 40 (5), 597–611.
- Gil García, E., Romo Avilés, N., Poo Ruiz, M., Meneses Falcón, C., Markez Alonso, I., Vega Fuente, A. (2005). Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 35 (8), 402-407.
- Gil Monte, P. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. Departamento de Psicología Social y Organizacional. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- Gil-Monte, P.R., García-Juesas, J.A., Hernández, M.C. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: a study in nursing professionals. *Interamerican Journal of Psychology*, 42 (1), 113-118.
- Gold, C., Malmberg, B., Nilsson, S., Pedersen, N.L., Rovine, M., Takkinen, S. (2004). Gender differences in depression: a study of older unlike-sex twins. *Aging Ment Health*, 8 (3), 187-95.
- González de Chávez, M.A. (1998). *Feminidad y Masculinidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- González de Chavez, A. (2000). El ideal maternal y el sufrimiento psicosomático en las mujeres. En AAVV, *II Jornadas de Salud Mental y Género* (pp. 31-44). Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 32.

- Gómez Jiménez, J. (2003). Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*, 15, 165-174.
- Grady, D., Herrington, D., Bittner, V. (2002). Cardiovascular disease outcomes during 6,8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin. Replacement Study Follow-up. (HERS II). *Journal of American Medical Association*, 288, 49-57.
- Greaves, L., Hankivsky, O., Amaratunga, C., Ballem, P., Chow, D., De Koninck, M.,... & Vissandjée, B. (1999). *CIHR 2000: Sex, gender, and women's health*. Vancouver: Women's Health Research Institute.
- Grech, C., Pannell, D., Smith-Sparrow, T. (2001). The delay in transfer between the emergency department and the critical care unit for patients with an acute cardiac event in hospital factors. *Australian Critical Care*, 14(4), 139-145.
- Green, L.A., Raffin, M.T. (1993). Differences in management of suspected myocardial infarction in men and women. *Journal of Family Practice*, 36(4), 389-393.
- Grif, J. (2012). Is there gender bias in critical care? *Critical Care Nurse*, 32, 8-14.
- Griffith, D., Hamilton, K., Norrie, J. (2005). Early and late mortality after myocardial infarction in men and women: prospective observational study. *Heart*, 91, 305-307.
- Gutiérrez-Chico, J.L., Mehilli, J. (2013). Gender differences in Cardiovascular Therapy: Focus on Antithrombotic Therapy and Percutaneous Coronary Intervention. *Drugs*, 24.
- Haberman, S. J. (1973). The Analysis of Residuals in Cross-Classified Tables. *Biometrics*, 29, 205-220.

- Haglund, B., Koster, M., Nilsson, T., Rosen, M. (2004). Inequality in access to coronary revascularization in Sweden. *Scandinavian Cardiovascular*, 38(6), 334-339.
- Hall, J.A., Irish, J. T., Roter, D.L., Ehrlich, C. M., Miller, L.H. (1994). Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychology*, 13(5), 384-392.
- Hall, J.A., Irish, J. T., Roter, D.L., Ehrlich, C. M.; Miller, L.H. (1994). Satisfaction, gender and communication in medical Visits. *Medical Care*, 32 (12), 1216-1231.
- Hammarström, A., Härenstam, A., Östlin, P. (2001). Gender and health: Concepts and explanatory models. En P. Ostlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Harenstam, G. Lindberg (Eds), *Gender inequalities in health: A Swedish perspective*. Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies with Harvard University Press.
- Harlow, S.D., Bainbridge, K., Howard, D., Mynti, C., Potter, L., Sussman, N... Young, E. (1999). Methods and measures: Emerging Strategies in women's health research. *Journal Women Health*, 8(2), 139-147.
- Health Ministry of Spain (2012) Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2015. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Gobierno de España.
- Healy, B. (1991). The Yentl Syndrome. *New England Journal Medicine*, 325 (4), 274-275.
- Heart Disease and Stroke Statistics. (2013). Update: a Report from American Heart Association. *Circulation*, 127, 143-152.
- Heilbrun, A.B. (1998). Stress and the risk of psychobiological disorder in colleague women. New York: United Press of America.

- Heilman, M.E. (1994). Affirmative action: Some unintended consequences for working women. En B. Staw and L. Cummings (Eds.), *Research in Organizational Behavior* (pp. 125-169). Greenwich, CT: JAI Press.
- Heilman, M.E. (1995). Sex stereotypes and their effects in the workplace: What we know and what we don't know (Lead article). En N. J. Struthers (Eds.), Gender in the workplace (Special issue). *Journal of Social Behavior and Personality*, 10(6), 3-26.
- Heilman, M. E., Okimoto, T. G. (2007). Why Are Women Penalized for Success at Male Tasks?: The Implied Communality Deficit. *Journal of Applied Psychology*, 92(1), 81–92.
- Heilman, M.E., Okimoto, T.G. (2008). Motherhood: A Potential Source of Bias in Employment Decisions. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 189–198.
- Heilman, M. E., Wallen, A. S. (2010). Wimpy and undeserving of respect: Penalties for men's gender-inconsistent success. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46, 664–667.
- Helson, R., Picano, J. (1990). Is the Traditional Role Bad for Women? *Journal of personality and social psychology*, 59(2), 311-320.
- Hemingway, H., Langenberg, C., Damant, J., Frost, C., Pyörälä, K., Barrett-Connor, E. (2008). Prevalence of Angina in Women Versus Men: A Systematic Review and Meta-Analysis of International Variations Across 31 Countries. *American Heart Association*, 117, 1526-1536.
- Henderson, J.T., Weisman, C.S. (2001). Physician Gender Effects on Preventive Screening and Counseling: An Analysis of Male and Female Patients' Health Care Experiences. *Medical Care*, 39(12), 1281-1292.

Referencias

- Hendrick, V., Altshuler, L. L., M. J. Gitlin. (2000). Gender and bipolar illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 393-396.
- Hernández Conesa, J. (1999). Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill.Interamericana.
- Hernández Martín, F. (1996). Historia de la Enfermería en España. Desde la Antigüedad hasta nuestros días. Madrid: Editorial Síntesis.
- Herrmann, C. (2008). Raising awareness of women and heart disease-women`s hearts are different. *Critical Care Nursing Clinics of North American Review*, 20 (3), 251-63.
- Heston, T.F., Lewis, L.M. (1992). Gender bias in the evaluation and management of acute nontraumatic chest pain. The St. Louis Emergency Physicians' Association Research Group. *Family Practice Research Journal* 12(4), 383–389.
- Hetzer, R., Lehmkuhl, E., Lehmkuhl, H.B., Regitz-Zagrosek, V. (2004). Gender aspect in heart failure. Pathophysiology and medical therapy. *Archives des Maladies de Coeur et des Vaisseaux*. 97(9), 899-908.
- Hirji, K. F. and Rosove, M. H. (1990). A note on interrater agreement. *Statistics in Medicine*, 9(7), 835-9.
- Hirsh, A.T., Hollingshead, N.A.,Mattias, M.S., Bair,M.J., Kroenke, K. (2014). The influence of patient sex, provider sex, and sexist attitudes on pain treatment decisions. *Journal of Pain*, 15(5), 551-559.
- Hoebeke, R.E. (2008). Cardiovascular disease prevention in women: the role of the nurse practitioner in primary care. *Critical Care Nursing Clinics of North American Review*, 20(3), 297-304.

- Hofman, A., Kardys, I., Oudkerk, M., Vliegenthart, R., Witteman, J.C. (2007). The female advantage in cardiovascular disease: do vascular beds contribute equally? *American Journal of Epidemiology*, 166 (4), 403-12.
- Hofstede, G. (2001). Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations (2nd ed.). London, England: Sage.
- Hofstede, G. (2009). Geert Hofstede cultural dimensions-Spain.
- Hohmann, A. (1989). Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Medical Care*, 27 (5), 478-490.
- House R.J. y cols. (Eds.2004), Culture, Leadership, and Organizations: The GLOBE Study of 62 Societies. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hsich, E.M., Pina, I.L. (2009). Heart Failure in Women: A Need for Prospective Data. *Journal American College of Cardiology*, 54(6), 491-498.
- Hulley, S., Grady, D., Bush, T. (1998). Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in post-menopausal women. Heart and Estrogen/progestin. Replacement Study (HERS). Research Group. *Journal American Medical Association*, 280, 605-613.
- Inglehart, R. (1997), Modernization and Post-Modernization: Cultural, Economic, and Political Change in 43 Societies. Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1997.
- Instituto Nacional de Estadística e Información. (2008). Informe sobre defunciones según la causa de muerte. Anuario estadístico de España.
- Instituto Nacional de Estadística e Información. (2011). Informe sobre defunciones según la causa de muerte. Anuario estadístico de España.

- Institut National de la statistique et des études économiques. (2011). Principales causes de décès en 2011. [en línea]. Recuperado de http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natfps06205
- Institut National de la statistique et des études économiques. (2011). Principales causes de décès en 2011. [en línea]. Recuperado de http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATSOS06220
- Jackson, G. (2008). Gender differences in cardiovascular disease prevention. *Menopause Int Review*, 14(1), 13-17.
- Jancaityte, L., Rastenyte, D. (2005). Sex differences in one-year mortality after a first-ever myocardial infarction. *Diario Medicina Kaunas*, 41(9), 754-759.
- Jacobi, F., Klose, M. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Archives of Women's Mental Health*, 7(2), 133-148.
- Jamieson, E., Sewall, M., Suhrie, E., Maza, M.E. (1966). Historia de la enfermería. México: Inter-americana (6ª edición).
- Jarvie J.L., Foody, J.M. (2010). Recognizing and improving health care disparities in the prevention of cardiovascular disease in women. *Current Cardiology Report*, 12(6), 488-496.
- Johnson, D.P., Whisman, M.A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Personal Individual Differences*, 55(4), 367-374.
- Julián-Jiménez, A. (2010). Manual de protocolos y actuación en Urgencias. Complejo hospitalario de Toledo (3ª edición).
- Kapral M.K., Degani, N., Hall R. (2011). Gender differences in stroke care and outcomes in Ontario. *Womens Health Issues*, 21(2), 171-176.

- Kelemen, M., Vaidya, D., Waters, D.D., Howard, B.V., Cobb, F., Younes, N. (2005). Hormone therapy and antioxidant vitamins do not improve endothelial vasodilator function in postmenopausal women with established coronary artery disease: a substudy of the Women's Angiographic Vitamin and Estrogen (WAVE) trial. *Atherosclerosis*, 179, 193-200.
- Kent, J.A., Patel, V., Varela, N.A. (2012). Gender disparities in health care. *Mount Sinai Journal of Medical*, 79(5), 555-559.
- Keogh, E., Hamid, R., Hamid, S., Ellery, D. (2004). Investigating the effect of anxiety sensitivity, gender and negative interpretative bias on the perception of chest pain. *Pain*, 111, 209-217.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., S. Zhao S. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Khan, J. J. B., Albarran, J. W., Lopez, V., Chair, S. Y. (2010). Gender differences on chest pain perception associated with acute myocardial infarction in chinese patients: A questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2720-2729.
- Ko, D.T., Wijeyesundera, H.C., Udell, J.A., Vaccarino, V., Austin, P.C. and Guo, H. (2014). Traditional cardiovascular risk factors and the presence of obstructive coronary artery disease in men and women. *Canadian Journal of Cardiology*, 30(7), 820-826.
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes. En E.E. Maccoby (Eds.), *The development of sex differences*. Stanford: Stanford University Press.

- Krieger, N., Rowley, D.L., Herman, A.A., Avery, B., Phillips, M.T. (1993). Racism, sexism, and social class: Implications for studies of health, disease, and well-being. *American Journal of Preventive Medicine* 9(6), 82–122.
- Kuhn, L., Page, K., Davidson, P.M., Worrall-Carter, L. (2011). Triaging women with acute coronary syndrome: a review of the literature. *Journal Cardiovascular Nursing*, 26(5), 395-407.
- Kuhn, L., Page, K., Rolley, J.X., Worrall-Carter, L. (2014). Effect of patient sex on triage for ischaemic heart disease and treatment onset times: A retrospective analysis of Australian emergency department data. *International Emergency Nursing*, 22(2), 88–93.
- Kunkel, S.R., Atchley, R.C. (1996). “Why gender matters: Being female is not the same as not being male”. *American Journal of Prevention Medical*, 12, 294-295.
- Kyker, K.A., Limacher, M.C. (2002). Gender differences in the presentation and symptoms of coronary artery disease. *Current Womens Health Report*, 2(2), 115-119.
- Lacueva-Moya, V., Arizo-León, D., Benitez-Parejo, J., Broch-Porcar, M.J., Calvo-Embuela, R., Ferrandis-Badia, S....González-Monte, C., Grupo ARIAM, (2008). Gender bias in women with myocardial infarction: ten years after. *Medicina Intensiva*, 32(7), 329-336.
- Lafaurie, M.M. (2010). Las mujeres y la depresión: una reflexión crítica. *Revista Cuestiones de Género: De la Igualdad y la Diferencia*, 5, 315-340.
- Landis, J.R. and Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-74.

- Larumbe, Iriarte, J.C., Martinez, Bayarri Ubillos, E., Aranguren Erdozain, E., Capel del Rio, J.A. (2000). Modelos de Triage en Salud Mental. Servicio de Urgencias. Hospital de Navarra.
- Lee, V., Henderson, M.C. (1996). Occupational stress and organizational comitment in nurse administrators. *Journal of Nursing Admnistration*, 26, 21-8.
- Leeper, B., Centeno, M. (2012). Disparities in cardiac care for patients with complex cardiovascular care needs. *Journal Cardiovascular Nursing*, 27(2), 114-119.
- Leibenluft, E. (1997). Women with bipolar illness: clinical and research issues. *American Journal of Psychiatry*, 153, 163-173.
- Lillie-Blanton, M., Martinez, R.M., Taylor, A.K., Robinson, B.G. (1993) Latina and African American women: Continuing disparities in health. *International Journal of Health Services*, 23(3), 555–584.
- Lindamer, L.A., Lohr, J.B., Harris, M.J., McAdams, L.A., Jeste, D.V. (1999). Gender-related clinical differences in older patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(1), 61-67.
- Llacer, A., Colomer, C. (1994).Utilización de servicios sanitarios. En: Instituto de la Mujer. Las mujeres y la salud en España. Informe básico, 4, 29. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- López-Bescós L, Cosín J, Elosua R, Cabadés A, De los Reyes M, Arós F. (1999) Prevalencia de angina y factores de riesgocardiovascular en las diferentes comunidades autónomas de España: estudio PANES. *Revista Española de Cardiología*, 52, 1045-56.
- López, F., López, M.J. (2011). Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Ciencia y Enfermería*, 2, 47-54.

- López de Ullibarri, I., Pita Fernández, S. (1999). Medidas de concordancia: el índice de Kappa. *Atención Primaria en red*, 6, 169-171. Recuperado de <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/kappa/kappa2.pdf>
- Malacrida, R., Genoni, M., Maggioni, A.P. (1998). A comparison of the early outcome of acute myocardial infarction in women and men. For the Third International Study of Infarct Survival Collaborative Group. *New England Journal of Medicine*, 338(1), 8-14.
- Manson, J.E., Brodbbee, D.E., Stampfer, M.J., Taylor, J.O., Goldhaber, S., Gaziano, M....Hennekens, C.H. (1990). Aspirin in the Primary Prevention of Angina pectoris in a Randomized Trial of United States Physicians. *American Journal of Medicine*, 89, 772-776.
- Manson, J., Greenland, A., Lacroix, A., Stefanick, M., Mouton, C., Oberman, A. (2002). Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *New England Journal of Medicine*, 347(10), 716-725.
- Marecek, J. (2001). After the facts: Psychology and the study of gender. *Canadian Psychology*, 42, 254-267.
- Markez, I., Póo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E., Vega, A. (2004). Mujeres y Psicofármacos: la investigación en atención primaria. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de la mujer.
- Marrugat, J., Sala, J., Masia, R. Pavesi, M., Sanz, G, Valle, V. (1998). Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. RESCATE Investigators. Recursos Empleados en el Síndrome Coronario Agudo y Tiempo de Espera. *Journal American Medical Association*, 280(16), 1405-1409.

- Martel, M. (2013). Sexual selection and sex differences in the prevalence of childhood externalizing and adolescent internalizing disorders. *Psychological Bulletin*, 139, 1221–1259.
- Martin, L.A., Neighbors, H.W., Griffith, D.M. (2013). The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 70(10), 1100-1106. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1985
- Martínez I. (2003). Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología*, 34(2), 253-266.
- Martinez-Martín, M.L. (2007). 30 años de evolución de la formación enfermera en España. *Educación Médica*, 10(2), 93-96. <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-18132007000300005>
- Martínez-Selles, M. (2005). Diagnóstico y manejo precoz del paciente con dolor torácico. *Revista Española Cardiológica*, 5, 15C-8C.
- Martinez-Selles, M., Doughty, R.N., Poppe, K., Whalley, G.A., Earle, N., Tribouilloy, C., McMurray, J.J., Swedberg, K., Kober, L., Berry, C., Squire, I. (2012). Gender and survival in patients with heart failure: Interactions with diabetes and aetiology. Results from the maggie individual patient meta-analysis. *European Journal of Heart Failure*, 14(5), 473-479.
- Maserejian, N., Link, C.L., Lutfey, K.L., Marceau, L.D., McKinlay, J.B. (2009). Disparities in Physicians' Interpretations of Heart Disease symptoms by patient gender: Results of a video vignette factorial experiment. *Journal of women's health*, 18, 10.
- Mazarrasa L. (2003). Educación para la salud en el marco de la promoción de salud. En: L. Mazarrasa, C. German, A.M. Sánchez, A. Sánchez, A. Merelles, V. Aparicio

- (Eds.), *Salud Pública y Enfermería Comunitaria* (pp. 399-416). Madrid: McGraw-Hill/ Interamaricana
- McAlpine, D.D., Mechanic, D. (2000). Utilization of speciality mental health care among persons with severe mental illness: the roles of demographics, need, insurance and risk. *Health Services Research*, 35, 277-292.
- McGregor, A.J., Greenberg, M., Safdar, B., Seigel, T., Hendrickson, R., Poznanski, S. (2013). Focusing a gender lens on emergency medicine research: 2012 update. *Academic Emergency medical*, 20(3), 313-320.
- McInnes, C., McAlpine, C., Walter, M. (2008). Effect of gender on stroke management in Glasgow. *Age Ageing*, 37(2), 220-222.
- McLean, C.P., Hope, D.A. (2010). Subjective anxiety and behavioral avoidance: Gender, gender role, and perceived confirmability of self report. *Journal Anxiety Disorder*, 24(5), 494-502.
- Medina, J.L. (2002). Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Revista Enfermería Albacete* 15. http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero15/numero15/práctica_educativa_y_práctica_de.htm
- Mehta, N.S., Wang, L., Redei, E.E. (2013). Sex Differences in depressive, anxious behaviors and hippocampal transcript levels in a genetic rat model. *Genes Brain Behaviors*, 12(7), 695-704.
- Mingote, J.C. (2000). Semejanzas y diferencias entre hombres y mujeres. En AAVV, *Salud Mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres* (pp. 36-49). Madrid: Instituto de la Mujer. Serie Debate, 29.
- Ministere des affaires sociales, de la sante et des droits des femmes (2014). Recherche, etudes, evaluation et statistiques. [on line]. Consultado el 20 de septiembre de

2014. Recuperado de: <http://www.drees.sante.gouv.fr/professions-de-sante-et-du-social,49.html>

Ministerio de Educación y Ciencia. Orden de 31 de octubre de 1977, para la elaboración de planes de estudios de las Escuelas universitarias de enfermería. Boletín Oficial del Estado, 26 de noviembre de 1977, num 283, pp 25987-25989 [consultado 20 de septiembre 2014] Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-28232

Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 1666/1990 de 26 de octubre para la obtención del título de diplomado de Enfermería. Boletín Oficial del estado, 20 de noviembre de 1990, num 278, pp 34410-34411. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1990/11/20/pdfs/A34410-34411.pdf>

Ministerio de Educación y Ciencia. Ley Orgánica 4/2007, de 12 de Abril, para la ordenación de enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado, 30 de octubre de 2007, núm 260, pp 44037-44048 [consultado 18 de junio 2014] Disponible en: <<http://www.boe.es/boe/dias/2007/10/30/pdfs/A44037-44048.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Informe de Salud y género. Agencia de calidad del sistema nacional de salud.

Ministerio de Sanidad. (2012). Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2015. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Gobierno de España.

Ministerio de trabajo y asuntos sociales: IMSERSO. (2003). *Población con enfermedad mental grave y prolongada*. España.

Miqueo, C., Tomás, C., Tejero, C., Barral, M.J., Fernández, T., Yago, T. (2001). Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva Ediciones.

- Molina Petit, C. (2000) “Debates sobre el Género” en Celia Amorós editora, Feminismo y Filosofía, Madrid, Síntesis.
- Montejano, R., Castilla, Y., Romero, J., Rodríguez de Dios, J.L., Pérez, E. (2008). La experiencia como protección del estrés en los profesionales de *Enfermería*. *Educare*, 21, 6 (50).
- Monteso Curto, M.P. (2009). *Salud Mental y Género: Causas y Consecuencias de la depresión en las mujeres*. Tesis Doctoral. UNED. Madrid.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Kustner, B., Reneses, B., Usall, J., Vázquez-Barquero, J.L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 175-181.
- Moreno Luna, M.E., Clemente Lirola, E., Piñero Acín, M.J., Martínez Matias, M.R., Alonso Gómez, F., Rodríguez Alcalá, F.J. (2000).Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Atención Primaria*, 26 (8), 554-558.
- Mosca, L., Manson, J.E., Sutherland, S.E., Langer, R.D., Manolia, T., Barret-connor, E. (1997). Cardiovascular Disease in women: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation*, 96, 2468-2482.
- Mosca, L., Benjamin, E.J., Berra, K. (2011). Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women 2011 update. A guideline from American Heart Association. *Circulation*, 123(11), 1243-1262.
- Mosca, L., Barrett-Connor, E., Wenger, N. (2012). Sex/Gender Differences in Cardiovascular Disease Prevention: What a Difference a Decade Makes. *Circulation*, 124(19), 2145-2154.

- Mosquera, C. (2002). La Salud de las mujeres en Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias. Estudio RIMAS. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/cardiopata-isquemia-el-abordaje-desde-la-perspectiva-de-genero-1257999>
- Mosquera, C., De la Hera, J., Barriales, V., Grupo de estudio RIMAS. (2002). El Infarto ¿Por qué la sobremortalidad en mujeres? *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 60.
- Mosterín, J. (2006). El pensamiento arcaico. Madrid: Alianza Editorial.
- Moya, M., Larrosa, S., López, C., López, I., Morales, L., Simón, A. (2013). Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería ante sus prácticas clínicas. *Enfermería Global*, 31, 232-243.
- Murphy, M.L., Nultgren, H.N., Detre, K., Thomsen, J., Takaro, T. and Participants of the Veterans Administration Cooperative Study Treatment of chronic stable angina (1977). A preliminary report of survival data of the Randomized Veterans Administration Cooperative Study. *New England Journal of Medicine*, 297, 621-627.
- Murray, J.L., Lopez, A.D. (1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020: Summary. Boston: Harvard School of Public Health.
- Muñoz, P.E. (1997). La asistencia psiquiátrica en régimen de hospitalización. Un estudio de prevalencia-día. Departamento de Salud Mental (documento interno). Madrid: Consejería de Sanidad.
- Naicker, K., Liddy, C., Singh, J., Taljaard, M., Hogg, W. (2014). Quality of cardiovascular disease care in Ontario's primary care practices: a cross sectional

- study examining differences in guideline adherence by patient sex. *BMC Family Practice*, 18(5), 123.
- Narkiewicz, K., Kjeldsen, S.E., Hedner, T. (2006). Hypertension and cardiovascular disease in women: Progress towards better understanding of gender-specific differences? *Blood Pressure*, 15(2), 68-70.
- Nicholson, C. (2007). Cardiovascular disease in women. *Nursing Standard Review*, 21(38), 43-7.
- Norris, C.M., Ghali, W.A., Galbraith, P.D., Graham, M.M., Jensen, L.A., Knudtson, M.L., APPROACH Investigators. (2004). Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(2), 21.
- O'Donnel, C.J., Elosua, R. (2008). Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Revista Española de Cardiología*, 61, 299-310.
- Ohrmann, P., Pedersen, A., Braun, M., Bauer, J., Kugel, H., Kersting, A. (2010). Effect of gender on processing threat-related stimuli in patients with panic disorder: sex does matter. *Depress Anxiety*, 27 (11), 1034-1043.
- O'Keefe-McCarthy, S. (2008). Women's experiences of cardiac pain: a review of the literature. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(3), 18-25.
- O'Malley, A.S., Forrest, C.B., O'Malley, P.G. (2000). "Low-Income Women's Priorities for Primary Care." *The Journal of Family Practice* 49, 141-146.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Género, mujer y salud: Incorporación de una perspectiva de género al marco general de las políticas y los programas de la OMS. Informe de la Secretaria. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB116/B116_13-sp.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2010).Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. 65.^a Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R4-sp.pdf
- Ordovas, J.M. (2007).Gender, a significant factor in the cross talk between genes, environment, and health. *Gender Medicine Review*, 4(B), 111-122.
- Ortega, C. and López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Ortiz, T. (2001). El género, organizador de las profesiones sanitarias. En C. Miqueo, C. Tomas, C. Tejero, M.J. Barral, T. Fernández, T. Yago (Eds.), *Perspectivas de género en salud* (pp. 39-61). Madrid: Minerva.
- Östlin, P. (2002). Examining work and its effects on health. En G. Sen, A. George, P. Östlin (Eds). *Engendering international health: The Challenger of equity* (pp. 111-142). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Pelletier, R., Humphries, K.H.,Shimony, A.,Bacon, S.L., Lavoie, K.L., Rabi, D. and GENESIS-PRAXIS Investigators. (2014). Sex-related differences in access to care among patients with premature acute coronary syndrome. *Canadian Medical Association Journal*, 15, 186(7), 497-504.
- Pepió i Vilaubi, J.M., Queralt i tomas, M.L., Clua i Espuny, J.L., Piñol i Moreso, J.L. (1997). ¿Influye el género del paciente en la calidad de las historias clínicas de atención primaria? *Atención Primaria*, 20, 75-81.

Referencias

- Pera, G. y Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16 (6), 480-486.
- Pérez-Arellano, J. L. (2006). Manual de Patología General. Barcelona: Elsevier Masson.
- Pérez, E. (2000). ¿El poder de una ilusión?: Ciencia, Género y Feminismo. En M.T. López de la vieja (Eds.), *Feminismo del pasado al presente*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Piaget, J. (1966). The moral judgement of the child. Nueva York: Free Press.
- Piccinelli, M., Homen, F.G. (1997). Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Geneva: *World Health Organization*.
- Pinn, W.V. (2003). Sex and Gender Factors in Medical Studies .Implications for Health and Clinical Practice. *Journal American Medical Association*, 289, 397-400.
- Pita, S. (1996). Determinación del tamaño muestral. Cuadernos de Atención Primaria, 3, 138-44.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370, 859–877.
- Poisson, S.N., Johnston, S.C., Sidney, S., Klingman, J.G., Nguyen-Huynh, M.N. (2010). Gender differences in treatment of severe carotid stenosis after transient ischemic attack. *Stroke*, 41(9), 1891-1895.
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2009). International gender bias in nursing research, 2005-2006: A quantitative content analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1102-1110.
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2012). Gender bias undermines evidence on gender and health. *Qualitative Health Research*, 22(9), 1298. doi:10.1177/1049732312453772

- Pope, J.H., Aufderheide, T.P., Ruthazer, R., Woolard, R.H., Feldman, J.A., Berchansky, J.R. (2000). Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the Emergency Department. *New England Journal Medical*, 342, 1163-1170.
- Pronost, A.M., Le Gouge, A., Leboul, D., y cols. (2008) Effet des caractéristiques des services d'oncohématologie développant la démarche palliative et des caractéristiques sociodémographiques des soignants sur les indicateurs de santé: soutien social, stratégies de coping et qualité de vie au travail. *Oncologie* 10, 125–134
- Nowakowska-Arendt, A., Grabczewska, Z., Koziński, M., Sukiennik, A. Swiatkiewicz, I., Grzešk, G. (2008). Gender differences and in-hospital mortality in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Kardiologia polska*, 66(6), 632-639.
- Rafful, C., Medina-Mora, M.E., Borges, G., Benjet, C., Orozco, R. (2012). Depression, gender and the treatment gap in Mexico. *Journal Affect Disorder*, 138 (1-2), 165-169.
- Raine, R. (2000). Does gender bias exist in the use of specialist health care? *Journal of Health Services Research & Policy*, 5(4), 237-249.
- Risberg, G., Johansson, E. E., Hamberg, K. (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *International journal for Equity in Health*, 8, 28.
- Riska, E. (2001). Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine? *Social Science and Medicine*, 52(2), 179-187.
- Rohlfs, I., Borrell, C., Fonseca, M.C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14(3), 60-71.
- Rohlfs, I. (2007). Género y Salud: diferencia y desigualdades. Recuperado de <http://www.prbb.org/quark/27/027036.htm>

- Ronen, S. and Shenkar, O., (1985). "Clustering Countries on Attitudinal Dimensions: A Review and Synthesis." *Academy of Management Review*, 10(3), 435-454.
- Roter, D.L., Lipkin, M., Korgaard, A. (1991). Sex Differences in Patients' and Physicians' Communication during Primary Care. *Medical care*, 29(11), 1083-1093.
- Roter, D.L., Hall, J.A. (1998). Why Physician Gender Matters in Shaping the Physician-Patient Relationship. *Journal of Women's Health*, 7 (9), 1093-1097.
- Roter, D.L., Hall, J.A., Aoki, Y. (2002). Physician Gender Effects in Medical Communication: A Meta-analytic review. *Journal American Medical Association*, 288(6), 756-764.
- Ruiz, I., Bermejo, M.J. (2004). Conocimiento de las mujeres menopáusicas respecto a la terapia hormonal sustitutiva. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 32-37.
- Ruiz-Cantero, M.T., Ronda, E., Alvarez-Dordel, C., Gil, V. (1995). Atención según el género del paciente en los servicios de urgencias: ¿diferente o desigual? *Gaceta Sanitaria*, 9, 76-83.
- Ruiz-Cantero, M.T., Verbrugge, L.M. (1997). "A two way view of gender bias in medicine". *Journal Epidemiology Community Health*, 51(2), 106-109.
- Ruiz Cantero. M. T. (2001) El enfoque de género en la investigación y la difusión del conocimiento. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud nº 11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/.../12modulo_11.pdf
- Ruiz-Cantero, M.T. (2001). Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad. En C. Miqueo, C. Tomas, C. Tejero, M.J. Barral, T. Fernández, T. Yago (Eds.), *Perspectivas de género en salud* (pp. 163-164). Madrid: Minerva.

- Ruiz-Cantero, M.T., Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), 118-125.
- Ruiz-Cantero, M.T. (2008). Igualdad en la innovación, innovación para la igualdad. Innovación en la investigación médica con perspectiva de género: Reto epistemológico para contrarrestar el androcentrismo en Medicina y las desigualdades de género en salud. Emakunde: Instituto Vasco de la Mujer.
- Runnels, V., Tudiver, S., Doull, M., Boscoe, M. (2014). The challenges of including sex/gender analysis in systematic reviews: a quality survey. *Systematic Review*, 10 (3).
- Sánchez Luis, C., Suarez Fernández. (2003). Patología Cardiovascular de la Mujer. *Hipertensión*, 20(4), 171-82.
- Schatzkin, A., Cupples, L.A., Heeren, T., Morelock, S., Mucatel, M., Kannel, W. (1984). The epidemiology of sudden unexpected death: risk factors for men and women in the Framingham Heart Study. *American Heart Journal*, 107, 1300–1306.
- Schwartz, S.H., (1999). A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work. *Applied Psychology*, 1999, 48(1), 23-47
- Shah, P.K., Amin, D.K., Hulse, S. (1985). Diagnosis of posterolateral infarction: Lack of accuracy of commonly used EKG criteria. *Federation Proceedings*, 44, 2312.
- Sellán Soto, M.C. (2009). La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española contemporánea. Madrid: FUDEN.
- Sen, G., Iyer, A., George, A. (2002) Class, gender and health equity: lessons from liberalizing India. En G. Sen, A. George, P. Östlin (Eds.), *Engendering international health: The challenge of equity*. Cambridge, MA: The MIT Press.

- Sen, G., George, A., Ostlin, P. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Washington: Harvard Center for Population and Development Studies.
- Siles González, J. (1996): *Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España*. Perspectiva Histórica y Epistemológica, CECOVA, Alicante.
- Siles, J. (1999). Historia de la enfermería. Alicante: Aguaclara.
- Siles, J., Solano, M.C. (2009). Antropología educativa de los cuidados una etnografía del aula y las prácticas clínicas. Alcoy: Marfil.
- Simon, J., Féry, S. (2001). Organisation de l'accueil au service des urgences. Hôpital Cantonal Universitaire, Genève, 1-10.
- Simoni-Wastila, L. (2000). The use of abusable prescription drugs: the role of gender. *Journal of Women's Health & Gender Based Medicine*, 9, 289-297.
- Sims, J., Butter, M. (2002). Health and environment: Moving beyond conventional paradigms. En G. Sen, A. George, P. Östlin (Eds.), *Engendering international health: The challenge of equity* (pp. 195-220). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Sims, S.T., Stefanick, M.L., Kronenberg, F., Sachedina, N.A., Schiebinger, L. (2010). Gendered innovations: a new approach for nursing science. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 156-161.
- Sjölin, M. (2004). Spectrum of acute coronary syndromes: History and clinical presentation in relation to sex and age. *Cardiology Review*, 102 (2), 67-76
- Sociedad Española de Cardiología. (2014). La enfermedad cardiovascular mata a 65.000 mujeres cada año en España a un 8% más que de hombres. [En línea] Recuperado de <http://www.secardiologia.es/actualidad/notas-de-prensa/3932-enfermedad-cardiovascular-mata-a-65000-mujeres-cada-ano-en-espana-un-8-mas-que-hombres>

- Sociedad Española de Enfermería de Urgencias. (1999). Recomendación Científica 99/01/01 de las Funciones y Tareas propias de los diplomados de Enfermería en la Recepción, Acogida y Clasificación de los pacientes en el área de urgencias. [En línea]. Recuperado de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/triage%20enfermeria.pdf>
- Sociedad Española de Enfermería de Urgencias. RAC de Enfermería en Urgencias y Emergencias. Revisión de la Recomendación Científica. Recuperado de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/fundamentos/RAC.pdf>
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2008). XII Congreso Nacional de Psiquiatría. Valencia, 1, Número Especial.
- Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés. (2013). Preinscribir ansiolíticos para tratar la ansiedad es un error frecuente en atención primaria. [En línea]. Recuperado de: http://www.ansiedadyestres.org/sites/default/files/boletines/Boletin_39.html
- Solano Ruiz, M. C., Siles González, J. La figura del tutor en el proceso de prácticas en el Grado de Enfermería. (2013). *Index Enfermeria* 22(4), 248-252.
- Standing, H. (2002). Frameworks for understanding health sector reform. En G. Sen, A. George, P. Östlin (Eds.), *Engendering international health: The challenge of equity* (pp. 347-371). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Stoppe, G., Sandholzer, H. and C. Huppertz. (1999). Gender differences in the recognition of depression in old age. *Maturitas*, 32, 205-212.
- Swinnen, R., Collet, V., Mullender, D., Mayor, G., Collignon, C., Lheureux, P. (2002). La Gestion du flux du service d'accueil des urgences par un tri à la priorité et par une professionnalisation d'accueil grâce au poste d'infirmier d'accueil et d'orientation. *Urgences et Accueil*, 2(10), 28-31.

- Tabenkin, H., Eaton, C.B., Roberts, M.B., Parker, D.R., McMurray, J.H., Borkan, J. (2010). Differences in Cardiovascular Disease Risk Factor Management in Primary Care by Sex of Physician and Patient. *Annals of Family Medicine*, 8, 25-32.
- The Hofstede Center. Country comparison. Recuperado el 21 de Agosto de 2014, de <http://geert-hofstede.com/spain.html>
- Toles, C.A. (2007). The incidence of cardiovascular disease in menopausal women on hormone replacement therapy: a clinical evidence-based medicine review. *Journal of National Black Nurses Association*, 18(2), 75-80.
- Torres, J., Sánchez, C., Romero, M.A., Durán, M., Montero, F.J., Jiménez, L. (2000). Cardiopatía isquémica (II): infarto agudo de miocardio. En: L. Jiménez, F.J. Montero. Medicina de Urgencias: Guía diagnóstica y Protocolos de actuación. 2ª edición (cap. 16, pp. 187-196). Servicio de Urgencias Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Madrid: Harcourt.
- Turnipseed, D.L. (1998). Anxiety and Burnout in the health care work environment. *Psychological Report*, 82, 627-42
- Üstün, T.B., Sartorius, N.(1995). Mental illness in General Health Care: An international study. Chichester/New York: Jhon Wiley&Son.
- Valent, F.,Tillati, S., Zanier, L. (2013). Gender bias in the management and outcome of cardiovascular patients in Friuli Venezia Giulia (Northern Italy). *Epidemiology Prevention*, 37(2-3), 115-123.
- Vallejo Ruiloba, J. (2006). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: Elsevier Masson.
- Valls-Llobet, C. (2000). Desigualdades de género en salud pública. En AAVV, *Género y salud* (pp. 16-22). Madrid: Instituto de la Mujer.

- Valls-Llobet C. (2006). *Mujeres Invisibles*. Barcelona: Editorial DeBolsillo
- Valls-Llobet, C., Ojuel Solsona, J., López Carrillo, M., Fuentes Pujol, M. (2007). Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres. En Ministerio de Sanidad y Consumo, Universidad Complutense de Madrid: Programa de formación de formadores en perspectiva de género en salud: materiales didácticos. Recuperado de: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/05modulo_04.pdf
- Valls-Llobet C (2007). Salud comunitaria con perspectiva de género. Discriminación de las mujeres en Atención Primaria. *Formación Médica continuada*, 14(7), 365-8.
- Valls Llobet, C., Banque, M., Fuentes, M., Ojuel, J. (2008). Morbilidad diferencial entre hombres y mujeres. *Anuario de Psicología*, 39(1), 9-22.
- Vázquez-Barquero, J.L., García, J., Artal Simon, J. (1997). Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of Elath resourdes. *Journal of Psychiatry*, 170, 529-535.
- Vega Alonso, A.T., Larrañaga Padilla, M., Zurriaga Llorens, O., Gil Costa, M., Urtiaga, M., Calabuig Pérez, J. (1999). Trastornos de ansiedad. Variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de atención primaria. *Atención primaria*, 24, 569-578.
- Velasco, S. (2005). Síndrome del Malestar de las mujeres en atención primaria: Salud Mental de las mujeres. *Mujer y Salud*, 16(3), 1-9.
- Verbrugge, L.M. (1981). Physician treatment of men and women patients: Sex bias or appropriate care? *Medical Care*, 19(6), 609-632.
- Verbrugge, L.M. (1985). Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156-182.

- Verster, J.C., Roth, T. (2012). Gender differences in highway driving performance after administration of sleep medication: a review of the literature. *Traffic Injury Prevention, 13*(3), 286-292.
- Vodopiutz, J., Poller, S., Schneider, B., Lalouschek, J., Menz, F., Stollberger, C. (2002). Chest pain in hospitalized patients: cause-specific and gender-specific. *Journal Womens Health, 11*(8), 719-727.
- Watanabe, C.T., Maynard, C., Ritchie, J.L. (2001). Comparison of short-term outcomes following coronaryartery stenting in men versus women. *American Journal Cardiology, 88*(8), 848-852.
- Waters, D.D., Alderman, E. L., Hsia, J. (2002). Effects of hormone replacement therapy and antioxidant vitamin supplements on coronary atherosclerosis in postmenopausal women. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 288*, 2432-2440.
- Wenger, N.K. (2008). Drugs for cardiovascular disease prevention in women: implications of the AHA Guidelines-2007 Update. *Drugs Review, 68*(3), 339-358.
- Wenger, N.K. (2012). Gender disparity in cardiovascular disease: bias or biology? *Expert Review Cardiovascular Therapy, 10*(11), 1401-1411.
- World Health Organization. (1988). MONICA project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease): a major international collaboration. *Journal Clinical Epidemiology, 41*, 105-14.
- World Health Organization. (1999) Guidelines for the Management of Hypertension. *International Society of Hypertension Journal of Hypertension 17*, 151-185.

- World Health Organization. (2005). Gender, women and health: incorporating a gender perspective into the mainstream of WHO's policies and programmes OMS.
- World Health Organization. (2006). Gender disparities in mental health. Recuperado de: www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf.
- World Health Organization. (2011a). Tobacco Free Initiative (TFI): Gender and Tobacco. Geneva: WHO Press.
- Zupiria, X., Uranga, M.J., Alberdi, M.J., Barandiaran, M. (2003). KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gaceta Sanitaria*, 17(1), 37-51.
- Zupiria, X. (2006). Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería: evolución a lo largo de la diplomatura. *Enfermería Clínica*, 16(5), 231-37.

ANEXOS

Anexo 1. Estudios en España

Pruebas experimentales de casos clínicos en España

Formato 1

Lee atentamente y Resuelve los siguientes casos

Instrucciones:

A continuación se van a presentar una batería de 4 casos clínicos que usted debe resolver, para ello debe leer detenidamente los tipos de síntomas que presenta cada uno de los pacientes y establecer un primer diagnóstico y describir cuales serían los primeros cuidados que usted realizaría con ese paciente. **Este cuestionario no pretende evaluar conocimientos y aptitudes de los participantes.**

CASO 1: Mario es un paciente de 32 años, trabajador de una empresa textil y padre de dos hijos, acude al servicio de urgencias refiriendo ahogo, presión en el pecho y sudoración constante desde las últimas 2 horas.

- Establece un primer diagnóstico
- Describe la primera intervención del plan de cuidados.

CASO 2: Almudena es una paciente de 55 años, ejecutiva de una empresa inmobiliaria, y madre de tres hijos, acude al servicio de urgencias con síntomas de taquicardia e hiperventilación, refiere sentir una gran angustia y miedo a morir.

- Establece un primer diagnóstico
- Describe la primera intervención del plan de cuidados.

CASO 3: Pedro es un paciente de 64 años, que acaba de jubilarse en su empresa y cuyos hijos acaban de abandonar el hogar familiar, acude al servicio de urgencias refiriendo dolor abdominal, presión en el pecho, sudoración, ahogo y parestesias de miembros superiores.

- Establece un primer diagnóstico
- Describe la primera intervención del plan de cuidados.

CASO 4: Lucia es una paciente de 35 años que trabaja en una empresa farmacéutica, ha tenido 2 episodios de hipertensión en el último año y actualmente se esta separando de su pareja, acude al servicio de urgencias hiperventilando, refiriendo miedo a morir, con dolor torácico, sensación de mareo y elevada sudoración.

- Establece un primer diagnóstico
- Describe la primera intervención del plan de cuidados.

Indíquenlos:

Género →

Edad →

Años de experiencia profesional → (No para estudiantes)

Curso académico → (No para profesionales)

Numero de rotatorios en prácticas clínicas → (No para profesionales)

;;;Muchas gracias por su colaboración;;;

Formato 2

Lee atentamente y Resuelve los siguientes casos

Instrucciones:

A continuación se van a presentar una batería de 4 casos clínicos que usted debe resolver, para ello debe leer detenidamente los tipos de síntomas que presenta cada uno de los pacientes y establecer un primer diagnóstico y describir cuales serían los primeros cuidados que usted realizaría con ese paciente. **Este cuestionario no pretende evaluar conocimientos y aptitudes de los participantes.**

CASO 1: Silvia es una paciente de 32 años, trabajadora de una empresa textil y madre de dos hijos, acude al servicio de urgencias refiriendo ahogo, presión en el pecho y sudoración constante desde las últimas 2 horas.

- Establece un primer diagnóstico.
- Describe la primera intervención del plan de cuidados.

CASO 2: Juan es un paciente de 55 años, ejecutivo de una empresa inmobiliaria, y padre de tres hijos, acude al servicio de urgencias con síntomas de taquicardia e hiperventilación, refiere sentir una gran angustia y miedo a morir.

- Establece un primer diagnóstico
- Describe la primera intervención del plan de cuidados.

CASO 3: María es una paciente de 64 años, que acaba de jubilarse en su empresa y cuyos hijos acaban de abandonar el hogar familiar, acude al servicio de urgencias refiriendo dolor abdominal, presión en el pecho, sudoración, ahogo y parestesias de miembros superiores.

- Establece un primer diagnóstico
- Describe la primera intervención del plan de cuidados.

CASO 4: Manuel es un paciente de 35 años que trabaja en una empresa farmacéutica, ha tenido 2 episodios de hipertensión en el último año y actualmente se está separando de su pareja, acude al servicio de urgencias hiperventilando, refiriendo miedo a morir, con dolor torácico, vómitos y elevada sudoración.

- Establece un primer diagnóstico
- Describe la primera intervención del plan de cuidados.

Indíquenlos:

Género →

Edad →

Años de experiencia profesional → (No para estudiantes)

Curso académico → (No para profesionales)

Numero de rotatorios en prácticas clínicas → (No para profesionales)

;;;Muchas Gracias por su colaboración;;;

Consentimiento Informado Estudio-España



HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: **Atención de los Profesionales Sanitarios ante pacientes con patología cardiaca y crisis de ansiedad.**

Investigadores responsables del estudio: D^a Raquel Rodríguez-Carvajal y Raquel González Hervías

La presente investigación trata sobre la primera atención que los profesionales de enfermería dispensarían al paciente con una determinada sintomatología. El principal objetivo de este estudio es el de obtener de manera **absolutamente voluntaria, datos generales y totalmente anónimos** sobre nuestros modos de actuar, atender y cuidar al paciente con el objetivo de conocer mejor los problemas y factores que pueden afectar a su salud, y con el fin de introducir mejoras que ayuden al ejercicio profesional y al bienestar de los pacientes. Por tanto, y siguiendo la Ley Orgánica (LOPD 15/1999), los datos obtenidos tendrán un **tratamiento únicamente estadístico**, manteniendo en todo momento la confidencialidad de los mismos.

El estudio, se lleva a cabo mediante la presentación de un cuestionario con 4 casos clínicos, donde el profesional de enfermería responderá a cuatro preguntas relacionadas con un primer y rápido diagnóstico y a otras cuatro preguntas referidas al tipo de actuación que pondrían en marcha con esos pacientes. En cualquier momento del proceso de evaluación el participante es libre, si así lo desea, de dar por finalizada la colaboración con la investigación, sin que exista **ningún tipo de perjuicio** del participante al respecto. En este sentido, señalar la absoluta voluntariedad en la participación en el estudio.

Por tanto, el objetivo de esta investigación es el de profundizar en los conocimientos actuales sobre el tema expuesto y desarrollar mejoras en el ejercicio de nuestra profesión y en la salud de nuestros pacientes. En este sentido, la **publicidad final** de los resultados, salvaguardando la **confidencialidad**, se convierte en un fin prioritario para poder conseguir este objetivo

A tenor de lo expuesto anteriormente,

Anexo 1. Estudios en España

Yo, D/D^a
informo que,

1. Se me ha entregado una copia de este consentimiento informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características del presente estudio. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas y han sido respondidas a mi entera satisfacción.
2. Se me ha informado que se mantendrá absoluta confidencialidad de mis datos personales. Para ello se identificarán mis resultados con un sistema de codificación de forma que los investigadores no podrán vincular dichos datos con mi persona. De esta forma se me asegura que quedará protegida la difusión de los datos confidenciales.
3. Soy libre de retirar este consentimiento en cualquier momento por cualquier motivo, sin tener que dar explicación y sin que repercuta negativamente en ningún sentido. Si esto ocurre se procederá a la destrucción de los datos aportados.
4. Comprendo el objetivo de la presente investigación con el fin de introducir mejoras en nuestra profesión y favorecer un continuo avance y formación.

Y por tanto, consiento en participar voluntariamente en la presente investigación

Fecha:

Nombre en letra impresa del participante:

Firma del participante

Constato que he explicado las características y objetivos de los apartados expuestos. El participante consiente en colaborar por medio de su firma fechada en persona.

Fecha:

Nombre en letra impresa del Investigador o la persona designada de proporcionar la información:

Firma del Investigador o la persona que proporciona la información y el consentimiento

Listado de diagnósticos ofrecidos en todas las pruebas experimentales en España

Crisis asmática, Crisis de ansiedad Infarto Agudo de Miocardio (IAM) Angor Inhalación de gas tóxico Síndrome del nido vacío Crisis hipertensiva (HTA) Problema cardíaco Problema respiratorio Estrés Síndrome coronario agudo (SCA) Temor Angustia	Dolor Dolor abdominal Dolor precordial Dolor torácico Mal afrontamiento Crisis de pánico Déficit de autoestima Ansiedad ante la muerte Problema de adaptación Soledad Duelo Envenenamiento Depresión Alergia
--	---

Listado de cuidados ofrecidos en todas las pruebas experimentales en España

Tranquilizar y tumbar al paciente
 Mantener en reposo al paciente
 Realizar electrocardiograma (ECG),
 Hacer historia clínica, recoger datos
 Colocar mascarilla de oxígeno
 Administrar un ansiolítico
 Hablar con el paciente
 Realizar control de constantes vitales (toma de F.C. y toma de T.A.)
 Colocación de bolsa de plástico para respirar
 Enseñar a respirar al paciente pausadamente
 Aplicar técnicas de relajación
 Realizar escucha activa
 Realizar exploración abdominal
 Realizar valoración del dolor
 Hacer analítica de sangre
 Hacer Radiografía de tórax
 Hacer radiografía de abdomen,
 Control analítico de la creatin fosfokinasa (CPK)
 Descartar la existencia de patología cardíaca
 Calmar el dolor
 Administrar el tratamiento pautado
 Administrar nitroglicerina
 Canalizar vía venosa periférica (VVP)
 Realizar valoración neurológica

Listado de etiquetas de Categorías y subcategorías para diagnósticos y cuidados en España

ETIQUETAS PARA DIAGNOSTICOS

	<u>CATEGORIAS</u>		<u>SUBCATEGORIAS</u>
1	Dolor	1	Dolor Abdominal
		2	Dolor Torácico/Agudo/Anginoso
2	Alergia	3	Alergia por intoxicación
		4	Otra alergia
3	Problema respiratorio	5	Crisis asmática
		6	Problema respiratorio
4	Problema Cardíaco	7	Infarto Agudo de Miocardio (IAM)

		8	Angor/ Angina de pecho
		9	Crisis Hipertensiva
		10	Problema cardiaco
		11	Síndrome Coronario Agudo (SCA)
5	Problema Psicológico	12	Ansiedad/Pánico/Angustia
		13	Temor/Miedo
		14	Estrés
		15	Depresión
		16	Soledad
		17	Duelo
		18	Síndrome del nido vacío

ETIQUETAS PARA INTERVENCIONES/CUIDADOS

	CATEGORIAS		SUBCATEGORIAS
1	Técnicas/tareas para el diagnostico	1	Realizar electrocardiograma (ECG)
		2	Control de constantes (Toma de FC, TA, FR, Sat O2, Glucemia)
		3	Realizar RX Tórax/Abdomen
		4	Control de CPK
		5	Realizar analítica de sangre
		6	Canalizar de VVP (vía venosa periférica)
		7	Anamnesis: Hacer historia clínica y recogida de datos
		8	Realizar exploración abdominal
		9	Realizar valoración neurológica
		10	Realizar valoración del dolor
		11	Descartar patología cardiaca
2	Intervención terapéutica	12	Tranquilizar, tumbar al paciente y dar seguridad
		13	Hablar con el paciente e informarle
		14	Colocación de mascarilla de

			oxígeno y/o bolsa
		15	Administración de Ansiolítico
		16	Administración de Nitroglicerina
		17	Realización de técnicas de relajación y respiración
		18	Hacer escucha activa
		19	Administración de medicación

Valores Coeficiente Kappa de Cohen Estudio- España

CASO 1

K diagnóstico a categoría= 0,9439 (94,39% de acuerdo entre observadores)
 K diagnóstico a subcategoría= 0,9271 (92,71% de acuerdo entre observadores)
 K atención a categoría= 0,9709 (97,09% de acuerdo entre observadores)
 K atención a subcategoría= 0,9499 (94,99% de acuerdo entre observadores)
 K atención b categoría= 1(100% de acuerdo entre observadores)
 K atención b subcategoría= 0,9566 (95,66% de acuerdo entre observadores)

CASO 2

K diagnóstico a categoría= 1(100% de acuerdo entre observadores)
 K diagnóstico a subcategoría= 1(100% de acuerdo entre observadores)
 K atención a categoría= 0,8821 (88,21% de acuerdo entre observadores)
 K atención a subcategoría= 0,9051 (90,51% de acuerdo entre observadores)
 K atención b categoría= 0,9619 (96,19% de acuerdo entre observadores)
 K atención b subcategoría= 0,9227 (92,27% de acuerdo entre observadores)

CASO 3

K diagnóstico a categoría= 0,9483 (94,83% de acuerdo entre observadores)
 K diagnóstico a subcategoría= 0,9649 (96,49% de acuerdo entre observadores)
 K atención a categoría= 0,9485 (94,85% de acuerdo entre observadores)
 K atención a subcategoría= 0,9520 (95,20% de acuerdo entre observadores)
 K atención b categoría= 0,8306 (83,06% de acuerdo entre observadores)
 K atención b subcategoría= 0,8752 (87,52% de acuerdo entre observadores)

CASO 4

K diagnóstico a categoría= 0,9512 (95,12% de acuerdo entre observadores)
 K diagnóstico a subcategoría= 0,9439 (94,39 % de acuerdo entre observadores)
 K atención a categoría= 0,9714 (97,14% de acuerdo entre observadores)
 K atención a subcategoría= 0,8863 (88,63% de acuerdo entre observadores)
 K atención b categoría= 0,9374 (93,74% de acuerdo entre observadores)
 K atención b subcategoría= 0,8763 (87,63% de acuerdo entre observadores)

Resultados de subcategorías en las respuestas diagnósticas de los casos clínicos del Estudio 1.

Tabla 1: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías diagnosticas de los cuatro casos clínicos en relación con el género del profesional en los hospitales españoles

Género del profesional	subcategoría diagnostica	Valores ESPAÑA	Valores SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	16,803*	,032
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	7,014	,220
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	14,816	,319
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	14,983	,059
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	24,206**	,007
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	13,837	,128
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	24,444*	,027
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	21,772*	,016

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 2: Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las subcategorías diagnosticas de los cuatro casos clínicos en relación con el género del profesional en hospitales españoles.

Género del profesional	subcategoría Diagnostica		Género del paciente1	
			Masculino	Femenino
Femenino	DOLOR TORAC CASO 1	Recuento	13	3
		%	81,3%	18,8%
		Residuos corregidos	2,8	-2,8
	P. CARDIACO CASO 1	Recuento	6	1
		%	85,7%	14,3%
		Residuos corregidos	2,0	-2,0
	ANSIEDAD CASO 1	Recuento	11	29
		%	27,5%	72,5%
		Residuos corregidos	-3,2	3,2
	DOLOR TORAC CASO 3	Recuento	13	3
		%	81,3%	18,8%
		Residuos corregidos	2,8	-2,8
	P. CARDIACO CASO 3	Recuento	6	1
		%	85,7%	14,3%
		Residuos corregidos	2,0	-2,0
	ANSIEDAD CASO 3	Recuento	11	29
		%	27,5%	72,5%
		Residuos corregidos	-3,2	3,2
	DEPRESIÓN CASO 3	Recuento	0	8
		%	0%	100%
		Residuos corregidos	-2,8	2,8
	DOLOR TORAC CASO 4	Recuento	13	3
		%	81,3%	18,8%
		Residuos corregidos	2,8	-2,8
	P. CARDIACO CASO 4	Recuento	6	1
		%	85,7%	14,3%
		Residuos corregidos	2,0	-2,0

Masculino	ANSIEDAD	CASO 4	Recuento	11	29
			%	27,5%	72,5%
			Residuos corregidos	-3,2	3,2
	ANSIEDAD	CASO 1	Recuento	0	6
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-3,1	3,1
	ANSIEDAD	CASO 3	Recuento	0	6
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-3,1	3,1
	SOLEDAD	CASO 3	Recuento	0	3
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	1,9	-1,9
	DEPRESIÓN	CASO 4	Recuento	0	6
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-3,1	3,1

Resultados de subcategorías en las respuestas de cuidados y atenciones de los casos clínicos del Estudio 2.

Tabla 1: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de cuidados de los cuatro casos clínicos en relación con el género del profesional en hospitales españoles.

Género del profesional	Subcategoría cuidados	Valores ESPAÑA	Valores SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	15,250*	,033
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	13,188*	,040
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	11,083	,270
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	16,185*	,040
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	22,657*	,031
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	15,563	,158
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	22,334	,072
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	12,590	,400

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 2: Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las subcategorías de cuidados y atenciones de los cuatro casos clínicos en relación con el género del profesional en hospitales españoles.

Género del profesional	subcategoría de cuidados		Género del paciente1	
			Masculino	Femenino
Femenino	ECG	CASO 1	Recuento	22
			%	12
			Residuos corregidos	64,7%
	CONSTANTES	CASO 1	Recuento	35,3%
			%	2,3
			Residuos corregidos	-2,3
	ECG	CASO 2	Recuento	25
			%	8
			Residuos corregidos	75,8%
			Residuos corregidos	24,2%
			3,3	-3,3
			14	4
			%	77,8%
			22,2%	

Anexo 1. Estudios en España

Masculino	ECG	CASO 4	Residuos corregidos	2,5	-2,5
			Recuento	22	12
			%	64,7%	35,3%
	CONSTANTES	CASO 4	Residuos corregidos	2,3	-2,3
			Recuento	25	8
			%	75,8%	24,2%
			Residuos corregidos	3,3	-3,3
	ECG	CASO 1	Recuento	10	1
			%	90,9%	9,1%
			Residuos corregidos	3,1	-3,1
	CONSTANTES	CASO 1	Recuento	5	1
			%	83,3%	16,7%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0
	ECG	CASO 2	Recuento	3	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,2	-2,2
	ECG	CASO 4	Recuento	10	1
			%	90%	10%
			Residuos corregidos	2,2	-2,2
	CONSTANTES	CASO 4	Recuento	5	1
			%	83,3%	16,7%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0

Anexo 2. Estudio Francia

Pruebas experimentales de casos clínicos en Francia

Formato 1

Lisez attentivement et résolvez les cas suivants:

Pour chacun des quatre cas, merci de bien vouloir répondre par écrit à deux questions relatives à l'établissement d'un premier diagnostic ainsi qu'à la nature des soins à mettre en oeuvre. Ce questionnaire n'est aucunement conçu pour évaluer les connaissances et les compétences des participants.

CAS 1: Matthieu est un patient de 32 ans, ouvrier du textile et père de deux enfants. Il est au service des urgences pour une douleur thoracique, une sensation d'étouffement ainsi que de la transpiration constante au cours des deux dernières heures.

1. Etablissez un premier diagnostic:
2. Décrivez le premier soin à mettre en oeuvre:

CAS 2: Caroline est une patiente de 55 ans, cadre immobilier, et mère de trois enfants. Elle se rend aux urgences avec des symptômes de tachycardie et une hyperventilation. Elle exprime par ailleurs une grande anxiété ainsi que la peur de la mort.

1. Etablissez un premier diagnostic:
2. Décrivez le premier soin à mettre en oeuvre:

CAS 3: Pierre est un patient de 64 ans, qui vient de partir de son entreprise et dont les enfants viennent de quitter le domicile familial. Il se rend au service des urgences où il se plaint de douleurs abdominales, d'une oppression thoracique, de transpiration, d'essoufflement et de paresthésie au niveau des membres supérieurs.

1. Etablissez un premier diagnostic:
2. Décrivez le premier soin à mettre en oeuvre:

CAS 4: Lucie est une patiente de 35 ans qui travaille dans une entreprise pharmaceutique. Elle a eu deux épisodes d'hypertension au cours de l'année dernière. Elle vient de se séparer de son partenaire. Elle se trouve aux urgences où elle souffre d'hyperventilation. Elle évoque la peur de mourir et se plaint d'une douleur de poitrine, de sensations de vertiges et transpire beaucoup.

1. Etablissez un premier diagnostic:
2. Décrivez le premier soin à mettre en oeuvre:

Mieux vous connaître:

- Sexe:
- Âge:
- Nombre d'années d'expérience professionnelle:
- Nom de l'hôpital où vous exercez :
- Nom du service au sein duquel vous exercez :

Merci beaucoup pour votre collaboration!

Formato 2

Lisez attentivement et résolvez les cas suivants:

Pour chacun des quatre cas, merci de bien vouloir répondre par écrit à deux questions relatives à l'établissement d'un premier diagnostic ainsi qu'à la nature des soins à mettre en oeuvre. Ce questionnaire n'est aucunement conçu pour évaluer les connaissances et les compétences des participants.

CAS 1: Sylvie est une patiente de 32 ans, ouvrier du textile et mère de deux enfants. Elle est au service des urgences pour une douleur thoracique, une sensation d'étouffement ainsi que de la transpiration constante au cours des deux dernières heures.

1. Etablissez un premier diagnostic:
2. Décrivez le premier soin à mettre en oeuvre:

CAS 2: Jean est un patient de 55 ans, cadre immobilier, et père de trois enfants. Il se rend aux urgences avec des symptômes de tachycardie et une hyperventilation. Il exprime par ailleurs une grande anxiété ainsi que la peur de la mort.

1. Etablissez un premier diagnostic:
2. Décrivez le premier soin à mettre en oeuvre:

CAS 3: Marie est une patiente de 64 ans, qui vient de partir de son entreprise et dont les enfants viennent de quitter le domicile familial. Elle se rend au service des urgences où elle se plaint de douleurs abdominales, d'une oppression thoracique, de transpiration, d'essoufflement et de paresthésie au niveau des membres supérieurs.

1. Etablissez un premier diagnostic:
2. Décrivez le premier soin à mettre en oeuvre:

CAS 4: Manuel est un patient de 35 ans qui travaille dans une entreprise pharmaceutique. Il a eu deux épisodes d'hypertension au cours de l'année dernière. Il vient de se séparer de sa partenaire. Il se trouve aux urgences où il souffre d'hyperventilation. Il évoque la peur de mourir et se plaint d'une douleur de poitrine, de sensations de vertiges et transpire beaucoup.

1. Etablissez un premier diagnostic:
2. Décrivez le premier soin à mettre en oeuvre:

Mieux vous connaître:

- Sexe:
- Âge:
- Nombres d'années d'expérience professionnelle:
- Nom de l'hôpital où vous exercez :
- Nom du service au sein duquel vous exercez :

Merci beaucoup pour votre collaboration!

Consentimiento Informado Estudio Francia

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude: Professionnels de santé paramédicaux face à des patients présentant une maladie cardiaque et des crises d'angoisse.

Périmètre de l'étude: Espagne et France.

Chercheurs responsables de l'étude: Raquel González Hervías et Raquel Rodríguez-Carvajal.

Coordonnateur de l'étude pour la France: Pierre-Yves Bureau

Cette enquête porte sur les premiers soins que les infirmières sont amenées à dispenser aux patients. L'objectif principal de cette étude est d'obtenir, sur la base du volontariat, des données générales et totalement anonymes sur la façon dont le corps infirmier agit, traite et soigne les patients, dans le but de proposer des mesures visant à aider les professionnels de santé paramédicaux en vue d'une qualité des soins renforcée.

Conformément à la législation en vigueur en Espagne (loi organique 15/1999) comme en France (loi du 6 janvier 1978) sur la protection des données personnelles, l'ensemble des données recueillies seront exclusivement utilisées à des fins statistiques. La confidentialité des données sera systématiquement maintenue.

L'étude est réalisée grâce à la participation d'infirmières, travaillant tant en Espagne qu'en France. Cette participation passe par la réponse par écrit à deux questionnaires qui comprennent chacun quatre cas. Pour chacune de ces situations, deux questions sont posées, tant sur le premier diagnostic à établir que sur la nature des soins à mettre en oeuvre.

Chaque participant est entièrement libre à tout moment de la réalisation de l'étude de renoncer à participer à cette enquête. En ce sens, la dimension volontaire de la participation à cette étude se doit d'être soulignée.

Anexo 2. Estudio en Francia

L'objectif de cette étude est ainsi d'approfondir les connaissances actuelles sur la question précédemment exposée et de développer des axes d'amélioration quant à l'exercice du métier d'infirmière et à une prise en charge optimale des patients.

En considération des éléments exposés ci-dessus,

M. / Mme / Mlle (rayez les mentions inutiles)... ..
reconnaît:

1. Avoir reçu une copie de la présente fiche d'information et de consentement et avoir eu la possibilité d'obtenir les réponses à toutes les éventuelles questions en suspens.
2. Etre informé(e) de la confidentialité absolue des données qui sera maintenue en permanence dans le cadre de cette étude. Pour ce faire les résultats seront identifiés par un système de codification afin que les chercheurs ne puissent pas lier cette information avec mon identité.
3. Etre informé(e) du droit permanent de chaque participant(e) et sans aucune justification au retrait de cette étude.
4. Etre informé(e) du but de cette étude qui vise à améliorer les conditions d'exercice du métier d'infirmière et à promouvoir la recherche et la formation.

Je consens en conséquent à participer sur la base du volontariat à cette étude.

Nom et prénom du participant:

Date et signature du participant:

Nom et prénom de l'enquêteur ou de la personne désignée pour fournir l'information:

Signature du chercheur ou la personne fournissant l'information et le consentement:

Valores Coeficiente Kappa de Cohen Estudio Francia

CASO 1

K diagnóstico a categoría= 0,9439 (94,39% de acuerdo entre observadores)

K diagnóstico a subcategoría= 0,9385 (93,85% de acuerdo entre observadores)

K atención a categoría= 0,9695 (96,95% de acuerdo entre observadores)

K atención a subcategoría= 0,9480 (94,80% de acuerdo entre observadores)

CASO 2

K diagnóstico a categoría= 1 (100% de acuerdo entre observadores)

K diagnóstico a subcategoría= 1 (100% de acuerdo entre observadores)

K atención a categoría= 0,8875 (88,75% de acuerdo entre observadores)

K atención a subcategoría= 0,9040 (90,40% de acuerdo entre observadores)

CASO 3

K diagnóstico a categoría= 0,9480 (94,80% de acuerdo entre observadores)

K diagnóstico a subcategoría= 0,9521 (95,21% de acuerdo entre observadores)

K atención a categoría= 0,9280 (92,80% de acuerdo entre observadores)

K atención a subcategoría= 0,9519 (95,19% de acuerdo entre observadores)

CASO 4

K diagnóstico a categoría= 0,9526 (95,26% de acuerdo entre observadores)

K diagnóstico a subcategoría= 0,9501 (95,01% de acuerdo entre observadores)

K atención a categoría= 0,9920 (99,20% de acuerdo entre observadores)

K atención a subcategoría= 0,9053 (90,53% de acuerdo entre observadores)

Listado de diagnósticos ofrecidos en todas las pruebas experimentales en Francia

Dolor	Crisis hipertensiva (HTA)
Dolor abdominal	Problema cardíaco
Dolor precordial	Síndrome coronario agudo (SCA)
Dolor torácico	Crisis de ansiedad
Alergia	Estrés
Otras alergias	Temor
Problema respiratorio	Angustia
Crisis asmática	Crisis de pánico
Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Soledad
Angor	Depresión

Listado de cuidados ofrecidos en todas las pruebas experimentales en Francia

Tranquilizar y tumbar al paciente
Mantener en reposo al paciente
Realizar electrocardiograma (ECG),
Hacer historia clínica, recoger datos
Colocar mascarilla de oxígeno
Administrar un ansiolítico
Hablar con el paciente
Realizar control de constantes vitales (toma de F.C. y toma de T.A.)
Colocación de bolsa de plástico para respirar
Enseñar a respirar al paciente pausadamente
Aplicar técnicas de relajación
Realizar escucha activa
Realizar valoración del dolor
Hacer analítica de sangre
Hacer Radiografía
Descartar la existencia de patología cardíaca
Administrar la medicación pautada

Listado de etiquetas de categorías y subcategorías para diagnósticos y cuidados en Francia

ETIQUETAS PARA DIAGNOSTICOS

	<u>CATEGORIAS</u>		<u>SUBCATEGORIAS</u>
1	Dolor	1	Dolor Abdominal
		2	Dolor Torácico/Agudo/Anginoso
2	Alergia	3	Alergia por intoxicación
		4	Otra alergia
3	Problema respiratorio	5	Crisis asmática
		6	Problema respiratorio
4	Problema Cardíaco	7	Infarto Agudo de Miocardio (IAM)
		8	Ángor/ Angina de pecho
		9	Crisis Hipertensiva
		10	Problema cardíaco
		11	Síndrome Coronario Agudo (SCA)

5	Problema Psicológico	12	Ansiedad/Pánico/Angustia
		13	Temor/Miedo
		14	Estrés
		15	Depresión
		16	Soledad

ETIQUETAS PARA INTERVENCIONES/CUIDADOS

	CATEGORIAS		SUBCATEGORIAS
1	Técnicas/tareas para el diagnostico	1	Realizar electrocardiograma (ECG)
		2	Control de constantes (Toma de FC, TA, FR, Sat O2, Glucemia)
		3	Realizar RX
		5	Realizar analítica de sangre
		7	Anamnesis: Hacer historia clínica y recogida de datos
		10	Realizar valoración del dolor
		11	Descartar patología cardiaca
2	Tareas de Intervención terapéutica	12	Tranquilizar, tumbar al paciente y dar seguridad
		13	Hablar con el paciente e informarle
		14	Colocación de mascarilla de oxígeno y/o bolsa
		15	Administración de Ansiolítico
		17	Realización de técnicas de relajación y respiración
		18	Hacer escucha activa
		19	Administración de medicación

Resultados de residuos tipificados corregidos de Haberman en relación con los años de experiencia profesional en categorías diagnósticas y de cuidados

Tabla 1: *Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las categorías diagnósticas de los cuatro casos clínicos en relación con la experiencia del profesional en hospitales franceses*

Experiencia profesional	Categoría Diagnostica		Género del paciente1	
			Masculino	Femenino
4-48 meses	Problema cardíaco CASO 3	Recuento	15	5
		%	75%	25%
		Residuos corregidos	3,3	-3,3
	Problema cardíaco CASO 4	Recuento	9	2
		%	81,8%	18,2%
		Residuos corregidos	2,7	-2,7
56-132 meses	Problema cardíaco CASO1	Recuento	13	5
		%	72,2%	27,8%
		Residuos corregidos	3,3	-3,3
	Problema cardíaco CASO2	Recuento	11	2
		%	84,6%	15,4%
		Residuos corregidos	3,0	-3,0
	Problema cardíaco CASO3	Recuento	14	9
		%	60,9%	39,1%
		Residuos corregidos	2,5	-2,5
288-480 meses	Problema cardíaco CASO 3	Recuento	6	1
		%	85,7%	14,3%
		Residuos corregidos	2,5	-2,5
4-48 meses	Problema psicológico CASO 3	Recuento	0	9
		%	0%	100%
		Residuos corregidos	-3,6	3,6
56-132 meses	Problema psicológico CASO1	Recuento	0	6
		%	0,0%	100%
		Residuos corregidos	-2,6	2,6
	Problema psicológico CASO 2	Recuento	4	13
		%	23,5%	76,5%
		Residuos corregidos	-3,6	3,6
	Problema psicológico CASO 3	Recuento	1	6
		%	14,3%	85,7%
		Residuos corregidos	-2,0	2,0
288-480 meses	Problema psicológico CASO 3	Recuento	1	5
		%	16,7%	83,3%
		Residuos corregidos	-2,5	2,5

Tabla 2: Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las categorías de cuidados y atenciones de los cuatro casos clínicos en relación con la experiencia del profesional en hospitales franceses

Género del profesional	Categoría de cuidados y atenciones			Género del paciente ¹	
				Masculino	Femenino
4-48 meses	Técnicas/tareas para el diagnóstico CASO 1	Recuento		14	6
			%	70%	30%
			Residuos corregidos	2,6	-2,6
	Intervención terapéutica CASO 1	Recuento		3	10
			%	23,1%	76,9%
			Residuos corregidos	-2,6	2,6
4-48 meses	Técnicas/tareas para el diagnóstico CASO 2	Recuento		12	7
			%	63,2%	36,8%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0
	Intervención terapéutica CASO 2	Recuento		4	10
			%	28,6%	71,4%
			Residuos corregidos	-2,0	2,0
56-132 meses	Técnicas/tareas para el diagnóstico CASO 2	Recuento		14	5
			%	73,7%	26,3%
			Residuos corregidos	2,8	-2,8
	Intervención terapéutica CASO 2	Recuento		3	10
			%	23,1%	76,9%
			Residuos corregidos	-2,8	2,8
144-276 Meses	Técnicas/tareas para el diagnóstico CASO 3	Recuento		8	7
			%	53,3%	46,7%
			Residuos corregidos	2,6	-2,6
	Intervención terapéutica CASO 3	Recuento		0	8
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-2,6	2,6
288-480 meses	Técnicas/tareas para el diagnóstico CASO 4	Recuento		5	2
			%	71,4%	28,6%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0
	Intervención terapéutica CASO 4	Recuento		1	5
			%	16,7%	83,3%
			Residuos corregidos	-2,0	2,0

Anexo 2. Estudio en Francia

Resultados de subcategorías diagnósticas y de cuidados en Francia

Tabla 1: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías diagnosticas de los cuatro casos clínicos en relación con el género del profesional en los hospitales franceses

Género del profesional	subcategoría diagnostica	Valores FRANCIA	Valores SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	4,476	,345
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	2,333	,127
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	8,667	,070
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	7,143	,067
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	26,115**	,002
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	26,123***	,000
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	25,715**	,001
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	15,255*	,033

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 2: Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las subcategorías diagnosticas de los cuatro casos clínicos en relación con el género del profesional en hospitales franceses.

Género del profesional	subcategoría Diagnostica			Género del paciente1	
				Masculino	Femenino
Femenino	IAM	CASO1	Recuento	21	12
			%	63,6%	36,4%
			Residuos corregidos	2,5	-2,5
	ANGOR	CASO1	Recuento	4	0
			%	100%	0,0%
			Residuos corregidos	2,2	-2,2
	SCA	CASO1	Recuento	3	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	1,9	-1,9
	ANSIEDAD	CASO1	Recuento	0	10
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-3,1	3,1
	IAM	CASO 2	Recuento	10	2
			%	83,3%	16,7%
			Residuos corregidos	2,2	-2,2
	P. CARDIACO	CASO 2	Recuento	7	1
			%	87,5%	12,5%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0
	ANSIEDAD	CASO 2	Recuento	16	35
			%	31,4%	68,6%
			Residuos corregidos	-4,9	4,9
	ESTRÉS	CASO 2	Recuento	4	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	1,9	-1,9
	IAM	CASO 3	Recuento	21	12
			%	60%	40%
			Residuos corregidos	2,1	-2,1
	P. CARDIACO	CASO 3	Recuento	11	4

Anexo 2. Estudio en Francia

		%	73,3%	26,7%
		Residuos corregidos	2,3	-2,3
SCA	CASO 3	Recuento	3	0
		%	100%	0%
		Residuos corregidos	1,9	-1,9
ANSIEDAD	CASO 3	Recuento	3	22
		%	12%	88%
		Residuos corregidos	-4,0	4,0%
ANSIEDAD	CASO 4	Recuento	8	20
		%	28,6%	71,4%
		Residuos corregidos	-3,3	3,3

Tabla 3: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías diagnosticas de los cuatro casos clínicos en relación con los meses de experiencia profesional en los hospitales franceses

Percentil Grupo de experiencia	subcategoría diagnostica	Valores FRANCIA	Valores SIG
4-48meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	4,285	,369
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	8,644	,071
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	18,805**	,009
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	12,190*	,032
56-132meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	12,543*	,028
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	13,062*	,011
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	7,870*	,049
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	5,117	,402
144-276meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	12,585	,127
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	6,554	,364
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	6,652	,354
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	6,763	,343
288-480meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	1,465	,690
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	3,228	,520
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	7,098	,069
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2,605	,626

*p<.05, **p<.01,***p<.001

Tabla 4: Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las subcategorías diagnosticas de los cuatro casos clínicos en relación con la experiencia del profesional en hospitales franceses.

Experiencia profesional	Subcategoría Diagnostica			Género del paciente1	
				Masculino	Femenino
4-48 meses	P. CARDIACO	CASO 3	Recuento	5	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,4	-2,4
	ANSIEDAD	CASO 3	Recuento	0	9
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-3,6	3,6
4-48 meses	CRISIS HTA	CASO 4	Recuento	6	0
			%	100	0%
			Residuos corregidos	2,8	-2,8

Anexo 2. Estudio en Francia

56-132 meses	ANSIEDAD	CASO1	Recuento	0	5
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-2,6	2,6
	IAM	CASO2	Recuento	6	1
			%	85,7%	14,3%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0
	ANSIEDAD	CASO2	Recuento	4	13
			%	23,5%	76,5%
			Residuos corregidos	-3,6	3,6
	IAM	CASO3	Recuento	11	5
			%	68,8%	31,2%
			Residuos corregidos	2,5	-2,5
	ANSIEDAD	CASO3	Recuento	1	6
			%	14,3%	87,5%
			Residuos corregidos	-2,0	2,0

Tabla 5: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de cuidados de los cuatro casos clínicos en relación con el género del profesional en hospitales franceses

Género del profesional	Subcategoría cuidados	Valores FRANCIA	Valores SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	5,619	,132
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	5,467	,362
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	3,143	,678
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2,333	,675
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	18,574**	,010
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	20,155*	,017
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	25,164**	,009
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	15,446	,079

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 6: Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las subcategorías de cuidados y atenciones de los cuatro casos clínicos en relación con el género del profesional en hospitales franceses.

Género del profesional	subcategoría de cuidados		Género del paciente1	
			Masculino	Femenino
Femenino	ECG	CASO1	Recuento	27
			%	16
			Residuos corregidos	62,8%
	TRANQUILIZAR	CASO1	Recuento	37,2%
			%	3,1
			Residuos corregidos	-3,1
	CONSTANTES	CASO 2	Recuento	0
			%	10
			Residuos corregidos	0%
	HABLAR CON P.	CASO 2	Recuento	100%
			%	-3,1
			Residuos corregidos	3,1
	ECG	CASO1	Recuento	16
			%	4
			Residuos corregidos	80%
	TRANQUILIZAR	CASO1	Recuento	20%
			%	2,7
			Residuos corregidos	-2,7
	CONSTANTES	CASO 2	Recuento	1
			%	5
			Residuos corregidos	16,7%
	HABLAR CON P.	CASO 2	Recuento	83,3%
			%	-1,9
			Residuos corregidos	1,9

ECG	CASO 3	Recuento	28	16
		%	63,6%	36,4%
		Residuos corregidos	3,3	-3,3
TRANQUILIZAR	CASO 3	Recuento	1	11
		%	8,3%	91,7%
		Residuos corregidos	-2,8	2,8

Tabla 7: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de cuidados de los cuatro casos clínicos en relación con la experiencia del profesional en hospitales franceses

Percentil Grupo de experiencia	Subcategoría de cuidados	Valores FRANCIA	Valores SIG
4-48meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	13,890*	,031
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	6,376	,605
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	7,894	,342
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2,591	,858
56-132meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	9,914	,078
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	10,902	,053
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	6,574	,474
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	5,764	,568
144-276meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	1,924	,588
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	4,212	,378
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	6,689	,153
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	9,555*	,023
288-480meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	2,940	,401
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	4,617	,464
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	5,154	,272
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	7,769	,100

*p<.05, **p<.01,***p<.001

Tabla 8: Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las subcategorías de cuidados y atenciones de los cuatro casos clínicos en relación con la experiencia del profesional en hospitales franceses

Experiencia del profesional	subcategoría de cuidados		Género del paciente ¹	
			Masculino	Femenino
4-48 Meses	ECG	CASO1	Recuento	13
			%	76,5%
			Residuos corregidos	3,0
	TRANQUILIZAR	CASO1	Recuento	4
			%	100%
			Residuos corregidos	2,2
144-276 meses	TRANQUILIZAR	CASO 3	Recuento	4
			%	100%
			Residuos corregidos	3,0

Anexo 2. Estudio en Francia

Tabla 9: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías diagnosticas de los cuatro casos clínicos en relación con el país del profesional

País del profesional	subcategoría diagnostica	Valores	Valores SIG
España	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	35,416	,000
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	19,684*	,032
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	31,653**	,007
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	30,496**	,002
Francia	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	25,650**	,002
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	27,296***	,000
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	28,983***	,000
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	19,871*	,011

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 10: Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las subcategorías diagnosticas en relación con el país del profesional

País del profesional	subcategoría Diagnostica			Género del paciente	
				Masculino	Femenino
España	DOLOR TORÁCICO	CASO 1	Recuento	17	4
			%	81%	19%
			Residuos corregidos	3,1	-3,1
	P. CARDÍACO	CASO 1	Recuento	9	1
			%	90%	10%
			Residuos corregidos	2,7	-2,7
	ANSIEDAD	CASO 1	Recuento	11	35
			%	23,9%	76,1%
			Residuos corregidos	-4,1	4,1
	ANGOR	CASO 2	Recuento	6	1
			%	85,7%	14,3%
			Residuos corregidos	1,9	-1,9
	P. CARDIACO	CASO 2	Recuento	4	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0
	ANSIEDAD	CASO 2	Recuento	51	64
			%	44,3%	55,7%
			Residuos corregidos	-2,8	2,8
	ANGOR	CASO 3	Recuento	4	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,0	2,0
	HTA	CASO 3	Recuento	6	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,5	-2,5
	DEPRESION	CASO 3	Recuento	1	9
			%	10%	90%
			Residuos corregidos	-2,6	2,6
	SOLEDAD	CASO 3	Recuento	1	6
			%	14,3%	85,7%
			Residuos corregidos	-1,9	1,9
	S. NIDO VACIO	CASO 3	Recuento	2	8
			%	20%	80%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0
	IAM	CASO 4	Recuento	8	0

Francia	ANGOR	CASO 4	%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,9	-2,9
			Recuento	6	1
	P.CARDIACO	CASO 4	%	85,7%	14,3%
			Residuos corregidos	1,9	-1,9
			Recuento	5	0
	ANSIEDAD	CASO 4	%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,2	-2,2
			Recuento	29	46
			%	38,7%	61,5%
			Residuos corregidos	-2,9	2,9
	IAM	CASO 1	Recuento	22	13
			%	62,9%	37,1%
			Residuos corregidos	2,2	-2,2
	ANGOR	CASO 1	Recuento	5	0
			%	100%	0,0%
			Residuos corregidos	2,4	-2,4
	ANSIEDAD	CASO 1	Recuento	1	12
			%	7,7%	92,3%
			Residuos corregidos	-3,1	3,1
	IAM	CASO 2	Recuento	10	2
			%	83,3%	16,7%
			Residuos corregidos	2,2	-2,2
	P. CARDIACO	CASO 2	Recuento	9	1
			%	90%	10%
			Residuos corregidos	2,5	-2,5
	ANSIEDAD	CASO 2	Recuento	21	42
			%	33,3%	66,7%
			Residuos corregidos	-5,0	5,0
	ESTRÉS	CASO 2	Recuento	4	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	1,9	-1,9
	IAM	CASO 3	Recuento	22	14
			%	61,1	38,9
			Residuos corregido	2,1	-2,1
	P. CARDIACO	CASO 3	Recuento	15	6
			%	71,4	28,6
			Residuos corregidos	2,5	-2,5
	SCA	CASO 3	Recuento	3	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	1,9	-1,9
	ANSIEDAD	CASO3	Recuento	4	27
			%	12.9%	87,1
			Residuos corregidos	-4,6	4,6
	P. CARDIACO	CASO 4	Recuento	12	3
			%	80%	20%
			Residuos corregido	2,2	-2,2
	ANSIEDAD	CASO 4	Recuento	11	24
			%	31,4%	68,6%
			Residuos corregidos	-3,3	3,3

Tabla 11: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de cuidados de los cuatro casos clínicos en relación con el país del profesional

País del profesional	subcategoría de cuidados	Valores	Valores SIG
España	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	34,127**	,001
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	18,853	,064
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	29,172*	,015
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	17,768	,167
Francia	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	22,347**	,004

Anexo 2. Estudio en Francia

Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	21,271*	,011
Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	22,013*	,024
Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	15,391	,081

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 12: *Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las subcategorías de cuidados en relación con el país del profesional*

País del profesional	subcategoría de cuidados			Género del paciente	
				Masculino	Femenino
España	ECG	CASO 1	Recuento	32	13
			%	71,1%	28,9%
			Residuos corregidos	3,5	-3,5
	CONSTANTES	CASO1	Recuento	30	9
			%	76,9%	23,1%
			Residuos corregidos	3,8	3,8
	ECG	CASO 3	Recuento	21	8
			%	72,4%	27,6%
			Residuos corregidos	2,7	-2,7
	HABLAR	CASO 3	Recuento	2	14
			%	12,5%	87,5%
			Residuos corregidos	-3,2	3,2
Francia	ECG	CASO 1	Recuento	32	18
			%	64%	36%
			Residuos corregidos	3,4	-3,4
	HABLAR CON P.	CASO 1	Recuento	0	10
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-3,1	3,1
	ECG	CASO 2	Recuento	22	11
			%	66,7%	33,3%
			Residuos corregidos	1,9	-1,9
	CONSTANTES	CASO 2	Recuento	17	6
			%	73,9%	26,1%
			Residuos corregidos	2,3	-2,3
	RELAJACIÓN	CASO 2	Recuento	0	3
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-1,9	1,9
	ECG	CASO3	Recuento	31	20
			%	60,8%	39,2%
			Residuos corregidos	2,9	-2,9
	TRANQUILIZAR	CASO 3	Recuento	2	11
			%	15,4%	84,6%
			Residuos corregidos	-2,4	2,4
	HABLAR	CASO 3	Recuento	0	4
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-1,9	1,9
	ESCUCHAR	CASO 3	Recuento	0	4
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-1,9	1,9

Anexo 3. Estudio Estudiantes**Listado de diagnósticos ofrecidos en todas las pruebas experimentales por los estudiantes**

Crisis asmática, Crisis de ansiedad Infarto Agudo de Miocardio (IAM) Angor Síndrome del nido vacío, Crisis hipertensiva (HTA) Problema cardíaco Problema respiratorio Estrés Síndrome coronario agudo (SCA)	Temor Angustia Dolor Dolor abdominal Dolor torácico Crisis de pánico Soledad Depresión Alergia.
--	---

Listado de cuidados ofrecidos en todas las pruebas experimentales por los estudiantes

Tranquilizar y tumbar al paciente Mantener en reposo al paciente Realizar electrocardiograma (ECG) Hacer historia clínica y recoger datos Colocar mascarilla de oxígeno Administrar un ansiolítico Hablar con el paciente Realizar control de constantes vitales (toma de F.C. y toma de T.A.) Colocación de bolsa de plástico para respirar Aplicar técnicas de relajación y respiración Realizar escucha activa Realizar valoración del dolor Hacer analítica de sangre Descartar la existencia de patología cardíaca Calmar el dolor Administrar el tratamiento pautado

Listado de etiquetas de categorías y subcategorías para diagnósticos y cuidados en el estudio de estudiantes

ETIQUETAS PARA DIAGNOSTICOS

	<u>CATEGORIAS</u>		<u>SUBCATEGORIAS</u>
1	Dolor	1	Dolor Abdominal
		2	Dolor Torácico/Agudo/Anginoso
2	Alergia	3	Alergia por intoxicación
3	Problema respiratorio	5	Crisis asmática
		6	Problema respiratorio
4	Problema Cardíaco	7	Infarto Agudo de Miocardio (IAM)
		8	Ángor/ Angina de pecho
		9	Crisis Hipertensiva
		10	Problema cardíaco
		11	Síndrome Coronario Agudo (SCA)
5	Problema Psicológico	12	Ansiedad/Pánico/Angustia
		13	Temor/Miedo
		14	Estrés
		15	Depresión
		16	Soledad

ETIQUETAS PARA INTERVENCIONES/CUIDADOS

	<u>CATEGORIAS</u>		<u>SUBCATEGORIAS</u>
1	Técnicas/tareas para el diagnóstico	1	Realizar electrocardiograma (ECG)
		2	Control de constantes (Toma de FC, TA, FR, Sat O2, Glucemia)
		5	Realizar analítica de sangre
		7	Anamnesis: Hacer historia clínica y recogida de datos
		10	Realizar valoración del dolor
		11	Descartar patología cardíaca
2	Tareas de Intervención	12	Tranquilizar, tumbar al

	terapéutica		paciente y dar seguridad
		13	Hablar con el paciente e informarle
		14	Colocación de mascarilla de oxígeno y/o bolsa
		15	Administración de Ansiolítico
		17	Realización de técnicas de relajación y respiración
		18	Hacer escucha activa
		19	Administración de medicación

Valores Coeficiente Kappa de Cohen Estudio Estudiantes

CASO 1

K diagnóstico a categoría= 0,9234 (92,34% de acuerdo entre observadores)

K diagnóstico a subcategoría= 0,9153 (91,53% de acuerdo entre observadores)

K atención a categoría= 0,9394 (93,94% de acuerdo entre observadores)

K atención a subcategoría= 0,9547 (95,47% de acuerdo entre observadores)

CASO 2

K diagnóstico a categoría= 1 (100% de acuerdo entre observadores)

K diagnóstico a subcategoría= 1 (100% de acuerdo entre observadores)

K atención a categoría= 0,8968 (89,68% de acuerdo entre observadores)

K atención a subcategoría= 0,8923 (89,23% de acuerdo entre observadores)

CASO 3

K diagnóstico a categoría= 0,9660 (96,60% de acuerdo entre observadores)

K diagnóstico a subcategoría= 0,9774 (97,74% de acuerdo entre observadores)

K atención a categoría= 0,9589 (95,89% de acuerdo entre observadores)

K atención a subcategoría= 0,9635 (96,35% de acuerdo entre observadores)

CASO 4

K diagnóstico a categoría= 0,9330 (93,30% de acuerdo entre observadores)

K diagnóstico a subcategoría= 0,9597 (95,97% de acuerdo entre observadores)

K atención a categoría= 0,9717 (97,17% de acuerdo entre observadores)

K atención a subcategoría= 0,8886 (88,86% de acuerdo entre observadores)

Anexo 3. Estudio con estudiantes

Resultados a nivel de subcategorías diagnósticas y de cuidados del Estudio Estudiantes-Profesionales

Tabla 1: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías diagnósticas de los cuatro casos clínicos en relación con el nivel de formación de los participantes

Nivel de formación	subcategoría diagnostica	Valores	Valores SIG
Profesionales	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	50,170***	,000
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	40,483***	,000
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	46,797***	,000
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	41,288***	,000
Estudiantes	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	5,797	,564
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	6,176	,861
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	13,187	,281
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	8,658	,732

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 2: Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las subcategorías diagnósticas en relación con el nivel de formación de los participantes

Nivel de formación profesional	Subcategoría Diagnostica			Género del paciente	
				Masculino	Femenino
Profesionales	DOLOR TORACICO	CASO1	Recuento	17	4
			%	81%	19%
			Residuos corregidos	3,1	-3,1
	IAM	CASO1	Recuento	36	23
			%	61%	39%
			Residuos corregidos	2,2	-2,2
	ANGOR	CASO1	Recuento	14	6
			%	70%	30%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0
	ANSIEDAD	CASO1	Recuento	12	47
			%	20,3%	79,7%
			Residuos corregidos	-5,0	5,0
	IAM	CASO 2	Recuento	12	2
			%	85,7%	14,3%
			Residuos corregidos	2,6	-2,6
	HTA	CASO 2	Recuento	4	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0
	P. CARDIACO	CASO 2	Recuento	17	7
			%	70,8%	29,2%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0
	ANSIEDAD	CASO 2	Recuento	108	142
			%	43,2%	56,8%
			Residuos corregidos	-3,5	3,5
	IAM	CASO 3	Recuento	31	20
			%	60,8%	39,2%
			Residuos corregidos	1,9	-1,9
	ANGOR	CASO 3	Recuento	6	1
			%	85,7%	14,3%

Anexo 3. Estudio con estudiantes

HTA	CASO 3	Residuos corregidos	2,0	-2,0
		Recuento	6	0
		%	100%	0%
SCA	CASO 3	Residuos corregidos	2,5	-2,5
		Recuento	5	0
		%	100%	0%
ANSIEDAD	CASO 3	Residuos corregidos	2,3	-2,3
		Recuento	30	57
		%	34,5%	65,5%
IAM	CASO 4	Residuos corregidos	-3,3	3,3
		Recuento	18	7
		%	72%	28%
ANGOR	CASO 4	Residuos corregidos	2,1	-2,1
		Recuento	7	1
		%	87,5%	12,5%
P. CARDIACO	CASO 4	Residuos corregidos	2,0	-2,0
		Recuento	17	3
		%	85%	15%
ANSIEDAD	CASO 4	Residuos corregidos	3,1	-3,1
		Recuento	40	70
		%	36,4%	63,6%
DEPRESION	CASO 4	Residuos corregidos	-4,4	4,4
		Recuento	0	4
		%	0%	100%
		Residuos corregidos	-2,4	2,4

Tabla 3: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías diagnosticas de los cuatro casos clínicos en relación con la edad de los participantes

Percentil Grupo de edad	subcategoría Diagnostica	Valores	Valores sig
Menor de 240 meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	6,428	,377
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	5,504	,703
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	10,336	,324
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	8,701	,561
241-276 meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	13,237*	,039
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	8,039	,430
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	17,558	,130
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	5,291	,871
277-408 meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	11,522	,318
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	16,201	,094
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	20,824	,106
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	21,404*	,029
Mayor de 409 meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	26,769**	,005
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	25,264**	,005
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	23,234	,079
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	20,513*	,039

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Anexo 3. Estudio con estudiantes

Tabla 4: Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las subcategorías diagnósticas en relación con la edad de los participantes

Edad participante	subcategoría Diagnóstica			Género del paciente	
				Masculino	Femenino
241-276 meses	ANSIEDAD	CASO 1	Recuento	9	21
			%	30%	70%
			Residuos corregidos	-3,3	3,3
277-408 meses	P CARDIACO	CASO 4	Recuento	10	1
			%	90,9%	9,1%
			Residuos corregidos	2,9	-2,9
	DEPRESIÓN	CASO 4	Recuento	30	49
			%	38%	62%
			Residuos corregidos	-2,9	2,9
Mayor de 409 meses	DOLOR TORAC	CASO 1	Recuento	12	3
			%	80%	20%
			Residuos corregidos	2,7	-2,7
	ANGOR	CASO 1	Recuento	6	1
			%	85,7%	14,3%
			Residuos corregidos	2,1	-2,1
	ANSIEDAD	CASO 1	Recuento	8	21
			%	27,6%	72,4%
			Residuos corregidos	-2,5	2,5
	IAM	CASO 2	Recuento	9	2
			%	81,8%	18,2%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0
	ANGOR	CASO 2	Recuento	4	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	1,9	-1,9
	P. CARDIACO	CASO 2	Recuento	5	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,2	-2,2
	ANSIEDAD	CASO 2	Recuento	33	49
			%	40,2%	59,8%
			Residuos corregidos	-3,9	3,9
	ANSIEDAD	CASO 4	Recuento	17	28
			%	37,8%	62,2%
			Residuos corregidos	-2,5	2,5
	DEPRESION	CASO 4	Recuento	0	3
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-1,9	1,9

Tabla 5: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías diagnósticas de los cuatro casos clínicos en relación con los meses de experiencia de los participantes

Percentil Grupo de experiencia	subcategoría Diagnóstica	Valores	Valores SIG
4-48meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	15,328	,053
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	9,840	,132
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	27,525*	,016
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	19,615*	,033
56-132meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	13,963	,124
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	8,323	,215
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	16,672	,054
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	6,845	,335

144-276meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	29,709**	,001
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	13,783	,088
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	22,560*	,047
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	14,089	,119
288-480meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	9,569	,386
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	15,023	,059
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	15,017	,306
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	11,781	,300
Sin experiencia	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	5,797	,564
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	6,176	,861
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	13,187	,281
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	8,659	,732

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 6: Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las subcategorías diagnósticas en relación con la experiencia profesional de los participantes

Experiencia profesional	subcategoría Diagnóstica			Género del paciente	
				Masculino	Femenino
4-48 meses	ANSIEDAD	CASO 3	Recuento	6	14
			%	30%	70%
			Residuos corregidos	-2,0	2,0
	P. CARDIACO	CASO 4	Recuento	4	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0
144-276 meses	ANSIEDAD	CASO 4	Recuento	11	23
			%	32,4%	67,6%
			Residuos corregidos	-3,0	3,0
	DOLOR TORÁC.	CASO 1	Recuento	6	1
			%	85,7%	14,3%
			Residuos corregidos	2,5	-2,5
	IAM	CASO 1	Recuento	5	1
			%	83,3%	16,7%
			Residuos corregidos	2,1	-2,1
	ÁNGOR	CASO1	Recuento	4	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,4	-2,4
	ANSIEDAD	CASO 1	Recuento	1	13
			%	7,1%	92,9%
			Residuos corregidos	-3,1	3,1
	ANGOR	CASO 3	Recuento	3	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0
	HTA	CASO 3	Recuento	3	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,0	-2,0
	ANSIEDAD	CASO 3	Recuento	5	15
			%	25%	75%
			Residuos corregidos	-2,0	2,0

Anexo 3. Estudio con estudiantes

Tabla 7: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de cuidados de los cuatro casos clínicos en relación con el nivel de formación de los participantes

Nivel de formación	subcategoría de cuidados	Valores	Valores SIG
Profesionales	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	44,953***	,000
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	34,747**	,001
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	35,941**	,002
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	25,328*	,046
Estudiantes	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	18,749*	,027
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	17,336	,184
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	12,270	,344
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	7,046	,795

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 8: Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las subcategorías de cuidados en relación con el nivel de formación de los participantes

Nivel de Formación	subcategoría de cuidados			Género del paciente	
				Masculino	Femenino
Profesionales	ECG	CASO 1	Recuento	64	31
			%	67,4%	32,6%
			Residuos corregidos	4,7	-4,7
	CONSTANTES	CASO 1	Recuento	43	16
			%	72,9%	27,1%
			Residuos corregidos	3,7	-3,7
	TRANQUILIZAR	CASO 1	Recuento	12	25
			%	32,4%	67,6%
			Residuos corregidos	2,1	-2,1
	ESCUCHAR	CASO 1	Recuento	0	4
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-1,9	1,9
	ECG	CASO 2	Recuento	35	16
			%	68,6%	31,4%
			Residuos corregidos	2,7	-2,7
	CONSTANTES	CASO 2	Recuento	38	13
			%	74,5%	25,5%
			Residuos corregidos	3,7	-3,7
	TRANQUILIZAR	CASO 2	Recuento	25	43
			%	36,8%	63,2%
			Residuos corregidos	-2,9	2,9
	RELAJAR	CASO 2	Recuento	3	9
			%	25%	75%
			Residuos corregidos	-1,9	1,9
	ECG	CASO 3	Recuento	52	28
			%	65%	35%
			Residuos corregido	3,6	-3,6
	HABLAR	CASO 3	Recuento	2	18
			%	10%	90%
			Residuos corregidos	-3,6	3,6
	ESCUCHAR	CASO 3	Recuento	1	9
			%	10%	90%

Estudiantes	ECG	CASO 4	Residuos corregidos	-2,5	2,5
			Recuento	39	23
			%	62,9%	37,1%
	TRANQUILIZAR	CASO 4	Residuos corregidos	1,9	-1,9
			Recuento	10	29
			%	25,6%	74,4%
	DESCARTAR PATOLOGIA CARDIACA	CASO 1	Residuos corregidos	-3,6	3,6
			Recuento	4	0
			%	100%	0%
	HABLAR CON P.	CASO1	Residuos corregidos	2,0	-2,0
			Recuento	0	5
			%	0%	100%
	ADMON MEDIC	CASO1	Residuos corregidos	-2,3	2,3
			Recuento	5	0
			%	100%	0%
		Residuos corregidos	2,3	-2,3	

Tabla 9: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de cuidados de los cuatro casos clínicos en relación con la edad de los participantes

Percentil Grupo de edad	Subcategoría de cuidados	Valores	Valores sig
Menor de 240 meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	17,070*	,048
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	16,249	,180
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	14,230	,163
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	11,934	,369
241-276 meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	12,990	,163
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	11,438	,178
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	19,397	,079
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	7,450	,489
277-408 meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	16,574	,084
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	22,633	,067
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	24,034*	,031
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	11,386	,656
Mayor de 409 meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	24,066*	,020
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	20,333*	,041
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	22,640*	,031
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	20,275*	,042

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 10: Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las subcategorías de cuidados en relación con la edad de los participantes

Edad de los participantes	subcategoría de cuidados y atenciones			Género del paciente	
				Masculino	Femenino
Menor de 240 meses	HABLAR	CASO 1	Recuento	0	4
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-1,9	1,9
	ADMON MEDIC	CASO 1	Recuento	4	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,1	-2,1

Anexo 3. Estudio con estudiantes

277-408meses	ECG	CASO 3	Recuento	37	18
			%	67,3%	32,7%
			Residuos corregidos	2,9	-2,9
	HABLAR	CASO 3	Recuento	1	6
			%	14,3%	85,7%
			Residuos corregidos	-2,0	2,0
Mayor de 408 meses	ECG	CASO 1	Recuento	26	11
			%	70,3%	29,7%
			Residuos corregidos	3,4	-3,4
	CONSTANTES	CASO 1	Recuento	11	25
			%	30,6%	69,4%
			Residuos corregidos	-2,4	2,4
	CANALIZAR VVP	CASO 1	Recuento	3	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	1,9	-1,9
	TRANQUILIZAR	CASO 1	Recuento	6	15
			%	28,6%	71,4%
			Residuos corregidos	-1,9	1,9
	ECG	CASO 2	Recuento	19	7
			%	73,1%	26,9%
			Residuos corregidos	2,3	-2,3
	CONSTANTES	CASO 2	Recuento	16	5
			%	76,2%	23,8%
			Residuos corregidos	2,4	-2,4
	TRANQUILIZAR	CASO 2	Recuento	15	23
			%	39,5%	60,5%
			Residuos corregidos	-2,0	2,0
	ESCUCHAR	CASO 2	Recuento	0	5
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-2,4	2,4
	HABLAR	CASO 3	Recuento	1	11
			%	8,3%	91,7%
			Residuos corregidos	-2,8	2,8
	ECG	CASO 4	Recuento	20	7
			%	74,1%	25,9%
			Residuos corregidos	2,4	-2,4
	TRANQUILIZAR	CASO 4	Recuento	6	19
			%	24%	76%
			Residuos corregidos	-3,3	3,3

Tabla 11: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de cuidados de los cuatro casos clínicos en relación con los meses de experiencia de los participantes

Percentil Grupo de experiencia	subcategoría de cuidados	Valores	Valores SIG
4-48meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	18,913*	,026
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	13,178	,282
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	21,347	,066
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	8,707	,649
56-132meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	15,087	,089
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	17,722*	,023
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	14,448	,154
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	13,722	,249
144-276meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	12,974	,113
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	16,057*	,042
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	17,448	,065
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	17,814*	,037

288-480meses	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	12,000	,213
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	9,713	,466
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	10,448	,491
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	7,002	,429
Sin experiencia	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	18,749*	,027
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	17,336	,184
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	12,270	,344
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	7,046	,795

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 12: Valores de residuos tipificados corregidos de Haberman en las subcategorías de cuidados en relación con la experiencia profesional de los participantes

Experiencia del profesional	Subcategoría de cuidados y atenciones			Género del paciente	
				Masculino	Femenino
4-48 meses	ECG	CASO 1	Recuento	21	7
			%	75%	25%
		TRANQUILIZAR CASO1	Residuos corregidos	3,5	-3,5
			Recuento	2	8
	CONSTANTES	CASO 2	%	20%	80%
			Residuos corregidos	-2,0	2,0
		HABLAR CASO 2	Recuento	15	5
			%	75%	25%
56-132 meses	HABLAR	CASO 2	Residuos corregidos	2,1	-2,2
			Recuento	1	6
		RELAJAR CASO 2	%	14,3%	85,7%
			Residuos corregidos	-2,3	2,3
	RELAJAR	CASO 2	Recuento	0	4
			%	0%	100%
			Residuos corregidos	-2,3	2,3
144-276 Meses	ECG	CASO 2	Recuento	13	3
			%	81,2%	18,8%
		TRANQUILIZAR CASO 2	Residuos corregidos	2,2	-2,2
			Recuento	9	13
	TRANQUILIZAR	CASO 2	%	40,9%	59,1%
			Residuos corregidos	-2,1	2,1
		CASO 4	Recuento	3	10
			%	23,1%	76,9%
			Residuos corregidos	-3,0	3,0
Sin experiencia	DESCARTAR CARDIACA	PATOLOGIA CASO1	Recuento	4	0
			%	100%	0%
		HABLAR CASO 1	Residuos corregidos	2,0	-2,0
			Recuento	0	5
	ADMON MEDIC.	CASO 1	%	0%	100%
			Residuos corregidos	-2,3	2,3
			Recuento	5	0
			%	100%	0%
			Residuos corregidos	2,3	-2,3

Anexo 3. Estudio con estudiantes

Resultados a nivel de categorías y subcategorías diagnósticas y de cuidados en función del género del estudiante y del curso académico.

Tabla 1: *Valores de Chi cuadrado en las categorías de diagnósticos de los cuatro casos clínicos para alumnos de primer curso*

Género del estudiante	Categoría de cuidados	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	,444	,505
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	,444	,505
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	----	----
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	,444	,505
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	,333	,564
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	2,116	,146
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	,051	,821
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2,421	,659

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 2: *Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de diagnósticos de los cuatro casos clínicos para alumnos de primer curso*

Género del estudiante	Subcategoría de cuidados	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	,444	,505
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	1,333	,513
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	,444	,505
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	,444	,505
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	4,609	,330
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	5,674	,461
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	1,863	,601
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	10,232	,332

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 3: *Valores de Chi cuadrado en las categorías de cuidados de los cuatro casos clínicos para alumnos de primer curso*

Género del estudiante	Categoría de cuidados	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	1,333	,248
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	,444	,505
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	1,333	,248
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	1,333	,248
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	,061	,806
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	3,683	,055
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	,039	,844
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2,241	,134

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 4: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de cuidados de los cuatro casos clínicos para alumnos de primer curso

Género del estudiante	Subcategoría de cuidados	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	4,000	,261
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	4,000	,261
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	4,000	,261
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	4,000	,261
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	9,284	,319
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	11,006	,357
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	8,919	,540
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	6,286	,711

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 5: Valores de Chi cuadrado en las categorías de diagnósticos de los cuatro casos clínicos para alumnos de segundo curso

Género del estudiante	Categoría de cuidados	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	3,611	,057
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	1,040	,308
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	1,733	,420
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	,171	,679
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	1,850	,397
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	1,442	,486
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	,585	,445
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	5,051	,080

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 6: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de diagnósticos de los cuatro casos clínicos para alumnos de segundo curso

Género del estudiante	Subcategoría de cuidados	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	3,611	,057
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	3,611	,307
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	1,733	,420
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2,571	,463
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	2,046	,843
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	5,944	,546
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	6,806	,657
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	9,659	,290

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Anexo 3. Estudio con estudiantes

Tabla 7: Valores de Chi cuadrado en las categorías de cuidados de los cuatro casos clínicos para alumnos de segundo curso

Género del estudiante	Categoría de cuidados	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	3,611	,057
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	,000	1,000
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	3,000	,083
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	,625	,429
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	,091	,762
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	,155	,694
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	,549	,459
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2,029	,154

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 8: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de cuidados de los cuatro casos clínicos para alumnos de segundo curso

Género del estudiante	Subcategoría de cuidados	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	9,479*	,050
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	3,858	,426
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	7,543	,056
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2,625	,453
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	8,152	,319
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	8,970	,440
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	10,536	,229
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	7,347	,500

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 9: Valores de Chi cuadrado en las categorías de diagnósticos de los cuatro casos clínicos para alumnos de tercer curso

Género del estudiante	Categoría de cuidados	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	----	----
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	----	----
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	----	----
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	----	----
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	3,239	,198
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	1,703	,427
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	3,726	,293
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	1,764	,623

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 10: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de diagnósticos de los cuatro casos clínicos para alumnos de tercer curso.

Género del estudiante	Subcategoría de cuidados	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	----	----
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	----	----
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	----	----
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	----	----
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	3,544	,315
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	2,408	,661
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	5,968	,309
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	3,142	,791

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 11: Valores de Chi cuadrado en las categorías de cuidados de los cuatro casos clínicos para alumnos de tercer curso.

Género del estudiante	Categoría de cuidados	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	----	----
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	----	----
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	----	----
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	----	----
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	,003	,953
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	,259	,611
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	,164	,685
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	,801	,371

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 12: Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de cuidados de los cuatro casos clínicos para alumnos de tercer curso.

Género del estudiante	Subcategoría de cuidados	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	----	----
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	----	----
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	----	----
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	----	----
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	2,199	,699
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	3,529	,474
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	2,884	,718
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	9,400	,310

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Anexo 3. Estudio con estudiantes

Tabla 13: *Valores de Chi cuadrado en las categorías diagnosticas de los cuatro casos clínicos para alumnos de los tres cursos*

Género del estudiante	Categoría diagnostica	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	,303	,582
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	1,667	,435
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	2,353	,308
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	,003	,960
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	3,046	,385
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	1,596	,660
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	4,403	,221
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2,557	,634

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 14: *Valores de Chi cuadrado en las categorías diagnosticas de los cuatro casos clínicos en relación con los cursos de formación y con los meses de prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería.*

Nivel de formación	Categoría Diagnostica	Valor	SIG
Primer Curso (0 meses en prácticas)	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	,073	,787
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	1,839	,175
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	,101	,751
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2,267	,687
Segundo Curso (1 mes en prácticas)	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	3,680	,159
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	1,530	,465
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	1,909	,385
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	4,352	,113
Tercer Curso (4 meses en prácticas)	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	3,667	,160
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	2,851	,240
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	4,046	,257
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	1,522	,677

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 15: *Valores de Chi cuadrado en las subcategorías diagnosticas de los cuatro casos clínicos para alumnos de los tres cursos.*

Género del estudiante	Subcategoría diagnostica	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	,303	,582
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	5,714	,335
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	2,361	,501
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2,112	,549
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	5,734	,571
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	4,195	,938
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	12,338	,339
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	7,846	,797

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 16: *Valores de Chi cuadrado en las subcategorías diagnosticas de los cuatro casos clínicos en relación con los cursos de formación y con los meses de prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería.*

Nivel de formación	Subcategoría Diagnostica	Valor	SIG
Primer Curso (0 meses en prácticas)	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	4,126	,389
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	6,426	,491
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	2,127	,547
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	9,524	,390
Segundo Curso (1 mes en prácticas)	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	4,051	,542
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	7,959	,437
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	7,774	,651
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	10,617	,224
Tercer Curso (4 meses en prácticas)	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	3,849	,278
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	3,202	,525
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	5,359	,374
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2,925	,818

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 17: *Valores de Chi cuadrado en las categorías de cuidados de los cuatro casos clínicos para alumnos de los tres cursos.*

Género del estudiante	Categoría de cuidados	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	2,155	,142
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	,003	,960
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	3,519	,061
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	,554	,457
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	,000	,984
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	,636	,425
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	,184	,668
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	3,919*	,048

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 18: *Valores de Chi cuadrado en las categorías de cuidados de los cuatro casos clínicos en relación con los cursos de formación y con los meses de prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería.*

Nivel de Formación	Categoría de cuidados	Valor	SIG
Primer Curso (0 meses en prácticas)	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	,000	1,000
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	3,629	,057
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	,267	,606
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	1,314	,252
Segundo Curso (1 mes en prácticas)	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	,159	,690
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	,420	,517
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	,039	,843
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	1,179	,278
Tercer Curso (4 meses en prácticas)	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	,025	,874
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	,210	,647
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	,027	,869

Anexo 3. Estudio con estudiantes

Chi-cuadrado de Pearson CASO 4 ,698 ,404

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 19: *Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de cuidados en los cuatro casos clínicos para alumnos de los tres cursos*

Género del estudiante	Subcategoría de cuidados	Valor	SIG
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	8,542	,201
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	5,377	,614
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	9,900	,071
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	2,794	,593
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	15,871	,070
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	15,960	,143
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	10,731	,466
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	7,995	,714

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 20: *Valores de Chi cuadrado en las subcategorías de cuidados en los cuatro casos clínicos en relación con los cursos de formación y con los meses de prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería.*

Nivel de Formación	Subcategoría de cuidados	Valor	SIG
Primer Curso (0 meses en prácticas)	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	9,570	,296
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	12,611	,319
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	10,653	,385
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	6,522	,687
Segundo Curso (1 mes en prácticas)	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	10,350	,170
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	8,876	,544
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	13,314	,102
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	7,954	,438
Tercer Curso (4 meses en prácticas)	Chi-cuadrado de Pearson CASO 1	3,212	,667
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 2	2,707	,608
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 3	2,448	,784
	Chi-cuadrado de Pearson CASO 4	10,832	,221

*p<.05, **p<.01, ***p<.001